ÉCOLE EN SANTÉ EN MONTÉRÉGIE : RECENSION DES ÉCRITS ET ÉTUDE EXPLORATOIRE

Christine Rowan et Carole Vanier
Direction de santé publique
et
Renée de Léry
Renée de Léry Communication Conseil Enr.

Décembre 2003

106-04593/

Auteures
Christine Rowan
Carole Vanier
Renée de Léry

Secrétariat
Andrée Petit

Conception et réalisation de la page couverture
Le Zeste graphique

Responsable de la publication et de la diffusion
Nathalie Hudon

Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source

Pour obtenir une copie de ce document, adressez-vous à :
Centre de documentation – Vente de documents
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie
1255, rue Beauregard
Longueuil (Québec)
J4K 2M3
450-928-6777, poste 4213

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

SANTECOM (http://www.santecom.qc.ca) : 16-2003-028

Dépôt légal – 4e trimestre 2003
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-89342-275-6

Prix : 9,00 $

REMERCIEMENTS

La réalisation de l'étude qui fait l'objet du présent rapport a nécessité la collaboration et la participation de nombreuses personnes. Tout d'abord, nous tenons à remercier les directions d'école et les membres des conseils d'établissement des huit écoles primaires et secondaires de la Montérégie qui ont participé aux groupes de discussion. Il s'agit des écoles Arthur Pigeon, Châteauguay Valley, Howick, Jean-de-Brébeuf, de l'Envolée, Notre-Dame, Notre-Dame de l'Assomption et Saint-André.

Nous tenons aussi à remercier Manon Landry, Sylvie Leduc, Barbara White et Alain Villeneuve, tous membres de l'équipe jeunesse du CLSC de Huntingdon, sans qui l'étude n'aurait pu voir le jour.

Nous remercions aussi Suzanne Auger, Andrée Brunet, Marie-Paule Leblanc et Yolaine Noël de la Direction de santé publique de la Montérégie et Carole De Gagné de la Direction régionale de la Montérégie du ministère de l'Éducation pour leurs précieux conseils. Merci également à Andrée Petit qui a assuré avec professionnalisme la mise en page du présent rapport.

Finalement, mentionnons que cette étude a pu se faire grâce au Programme de subventions en santé publique 2001-2002.

MOT DE LA DIRECTRICE DE SANTÉ PUBLIQUE

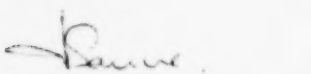
Les études scientifiques réalisées au cours des récentes décennies ont démontré que les programmes d'éducation à la santé centrés uniquement sur la transmission de connaissances étaient inefficaces pour modifier le comportement des jeunes par rapport à leur santé et à leur bien-être. Il est maintenant reconnu que l'amélioration de la santé des jeunes est plutôt fonction d'une approche globale de la santé et d'un modèle écologique de promotion de la santé qui visent des changements de comportement tout en agissant sur les milieux de vie des jeunes.

Depuis l'adoption de la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* en 1986 et la *Déclaration de Jakarta* en 1997, plusieurs recommandations ont été émises concernant la promotion de la santé en milieu scolaire. Parmi celles-ci, l'approche *école en santé* proposée par l'Organisation mondiale de la santé représente une avenue prometteuse pour améliorer la santé et le bien-être des jeunes. Cette approche met l'accent sur les déterminants de la santé des jeunes, s'appuie sur les besoins et sur le potentiel des individus et des collectivités et propose un modèle global d'intervention pour la santé qui invite l'école, la famille et la communauté à un engagement concerté.

En janvier 2003, le ministère de la Santé et des Services sociaux lançait le *Programme national de santé publique* dans lequel il cible des actions susceptibles d'exercer un impact sur l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Le programme prévoit notamment l'élaboration et l'implantation d'une intervention globale et concertée, donnant lieu à la collaboration entre les CLSC, le réseau de l'éducation et les autres partenaires communautaires. Le plan d'action régional 2004-2007, *Vers une action renouvelée en santé publique pour la Montérégie*, retient cette cible d'action et confirme ainsi l'importance d'une intervention globale et concertée en milieu scolaire, soit une initiative de type *école en santé*. En Montérégie, quelques écoles sont déjà engagées dans des projets de type *école en santé*.

Cette étude arrive donc à point nommé pour quiconque souhaite connaître davantage le concept d'école en santé et les éléments susceptibles de faciliter l'adoption, l'implantation et la viabilité à long terme d'une initiative de type *école en santé*.

La directrice,



Jocelyne Sauvé, M.D.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 11

1. PROBLÉMATIQUE 13

1.1 Contexte de l'étude 13
1.2 Objectifs de l'étude 14

2. ÉTAT DES CONNAISSANCES 15

2.1 Méthodologie 15

2.1.1 Sélection des documents 15
2.1.2 Sources d'information 15
2.1.3 Documents recensés 16

2.2 De l'éducation à la promotion de la santé et du bien-être 16

2.2.1 Éducation à la santé 16
2.2.2 Promotion de la santé 17

2.3 Promotion de la santé en milieu scolaire 18

2.3.1 Les jeunes : une population cible en promotion de la santé 18
2.3.2 L'école : un milieu approprié pour la promotion de la santé 18

2.4 École en santé 19

2.4.1 Historique 19
2.4.2 Définition et principes directeurs 20
2.4.3 Caractéristiques 22
2.4.4 Étapes opérationnelles 23
2.4.5 Initiatives de type *École en santé* 25
2.4.6 Études évaluatives 28

2.5 Un modèle 34

3. ÉTUDE EXPLORATOIRE AUPRÈS DU MILIEU SCOLAIRE 39

3.1 Méthodologie 39

3.1.1 Procédure 39
3.1.2 Données recueillies 42
3.1.3 Analyse des données 43

3.2 Résultats 43

3.2.1 Écoles qui ont implanté l'initiative *École en santé* 43
3.2.2 Écoles qui n'ont pas implanté l'initiative *École en santé* 47

3.3 Principales conclusions et pistes d'orientation 49

3.3.1 Accueil de l'initiative *École en santé* 49
3.3.2 Approche visant à promouvoir l'initiative *École en santé* 49
3.3.3 Pistes d'orientation 51

3.4 Faits saillants 53

4. RECOMMANDATIONS 55

ANNEXE 1 57

Tableau A.1 59
Tableau A.2 60
Tableau A.3 61

ANNEXE 2 63

Questionnaire à l'intention des participants aux groupes de discussion - version école en santé 65

Questionnaire for focus group participants – health promoting school version 66

Questionnaire à l'intention des participants aux groupes de discussion – version école en santé non implantée 67

RÉFÉRENCES 69

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

TABLEAUX

1 Principes sur lesquels repose l'école-santé selon le Réseau européen d'écoles-santé (1999) 21

2 Résumé des facteurs favorables à l'implantation de l'initiative *École en santé* 32

3 Nombre d'écoles pour les groupes de discussion 40

4 Données à recueillir au cours des groupes de discussion ou *focus groups* 42

A.1 Conditions favorables et embûches à l'émergence et à la mise en œuvre *Écoles et quartiers en santé de Saint-Jérôme* (Paquin, 2000) 59

A.2 Facteurs favorables à l'implantation des initiatives *École en santé* (Arcand, 1998) 60

A.3 Conditions de réussite à l'implantation d'un projet *Écoles et milieux en santé* (Deschênes *et al.*, 2001) 61

FIGURES

1 Représentation schématique des éléments d'une école en santé 22

2 Modèle pour une initiative de type *École en santé* en Montérégie 37

INTRODUCTION

La Direction de santé publique (DSP) de la Montérégie a pour mandat, entre autres, de mettre en place des conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population en général. L'équipe jeunesse (5-17 ans) de la Direction de santé publique de la Montérégie s'appuie sur la littérature scientifique afin de mettre en place les actions les plus efficaces ou prometteuses pour prévenir et améliorer l'état de santé des jeunes. À cet égard, la littérature indique qu'une approche écologique est plus garante de succès qu'une approche strictement éducative.

Dans cette perspective, l'équipe jeunesse s'interroge sur l'efficacité de l'initiative *École en santé* préconisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et des autres initiatives de ce type. Elle est également intéressée à connaître les facteurs pouvant faciliter ou entraver l'implantation d'une telle initiative dans les écoles de la Montérégie.

Dans le cadre du Programme de subventions en santé publique, l'équipe jeunesse a soumis une demande de fonds pour réaliser une recension des écrits sur le sujet et une étude exploratoire dans quelques écoles ayant implanté une telle initiative et dans d'autres ne l'ayant pas fait. Le but de cette recherche est d'éclairer l'équipe jeunesse dans sa décision d'implanter l'initiative *École en santé* et de mettre en place les conditions favorables à son implantation.

Le présent document rend compte de la réalisation et des résultats de la recension des écrits et de l'étude exploratoire en milieu scolaire. Ce rapport comprend quatre parties. La première partie fait état du contexte entourant la réalisation de l'étude et des objectifs poursuivis. La deuxième partie est consacrée à l'état des connaissances sur l'initiative *École en santé*. La troisième partie présente l'étude exploratoire auprès du milieu scolaire. Enfin, la dernière partie soumet des recommandations qui découlent de l'étude.

1. PROBLÉMATIQUE

Cette première partie fait brièvement état du contexte entourant la réalisation de la présente étude. Elle précise ensuite les objectifs ayant guidé sa réalisation.

1.1 Contexte de l'étude

En un peu plus d'un an, soit depuis le moment où la subvention a été accordée pour cette étude jusqu'à la rédaction de ce rapport, soit de mars 2002 à avril 2003, beaucoup d'eau a coulé sous les ponts du réseau de la santé et des services sociaux et du réseau de l'éducation. En effet, trois nouveaux documents sont venus définir plus précisément les activités et les services à mettre en place en milieu scolaire. Il s'agit des documents suivants : *Programme national de santé publique 2003-2012; Les services éducatifs complémentaires : essentiels à la réussite; L'entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation.*

Lorsque la Direction de santé publique de la Montérégie a entrepris cette recherche, il n'existait officiellement aucun programme national de santé publique qui venait encadrer le type de programmes ou d'approches à mettre en place en milieu scolaire pour améliorer et promouvoir la santé et le bien-être des jeunes. À ce moment, la grande majorité des activités de prévention et de promotion de la santé dans les écoles montérégiennes étaient implantées de manières thématique (ex. : violence, sexualité, tabac, toxicomanie), ponctuelle et non concertée alors que la littérature indiquait des résultats plus prometteurs si les activités étaient implantées dans une perspective globale et concertée.

Au mois de décembre 2002, le Québec s'est doté du *Programme national de santé publique 2003-2012 (PNSP)*. Ce dernier poursuit des objectifs qui se traduisent en activités se rapportant à l'une ou l'autre des différentes fonctions de santé publique dont entre autres la surveillance, la promotion, la prévention et la protection de la santé.

Au niveau scolaire, le PNSP spécifie qu'une intervention globale et concertée devra être élaborée et implantée avec la collaboration du réseau scolaire pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents et pour prévenir différents problèmes d'adaptation. De plus, le PNSP propose la conception et l'organisation, dans les écoles primaires et secondaires, d'activités axées sur de saines habitudes de vie, toujours dans le cadre d'une intervention globale et concertée. Ainsi, avec le PNSP, l'approche globale n'est plus une option parmi d'autres, mais une orientation que les deux réseaux devront adopter.

Au niveau éducatif et selon le nouveau régime pédagogique, le document *Les services éducatifs complémentaires* propose un programme de services de promotion et de prévention visant à donner à l'élève un environnement favorable au développement de saines habitudes de vie et de compétences qui influenceront de manière positive sa santé et son bien-être.

Tout récemment, *L'entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation* vient formaliser l'engagement des deux réseaux pour la concertation et l'action intersectorielle. De plus, cette entente vient spécifier les objets de concertation incontournables, les modalités de concertation ainsi que les responsabilités des partenaires dans l'entente. Ainsi, il nous semble que cette nouvelle entente oriente les écoles vers une initiative de type *École en santé*, ce qui n'était pas le cas lorsque nous avons entrepris cette étude.

Même si ce nouveau contexte demande aux écoles et aux CLSC de s'engager dans une intervention globale et concertée, soit une initiative de type *École en santé*, cette étude demeure pertinente. Elle permet à l'équipe jeunesse de s'approprier le concept d'école en santé, de prendre connaissance des résultats auxquels on peut s'attendre et de la nécessité de développer des indicateurs pour évaluer les effets de cette approche. De plus, la recherche exploratoire nous donne l'occasion de faire ressortir, dans un contexte montérégien, les éléments qui faciliteront l'adoption, l'implantation et la viabilité à long terme d'une initiative de type *École en santé*.

1.2 Objectifs de l'étude

La présente recherche a pour but d'identifier et de décrire les facteurs susceptibles d'influencer l'adoption et l'implantation d'une initiative *École en santé*[1] par des écoles de la Montérégie. Elle fait suite à l'intérêt manifesté par les membres de l'équipe jeunesse de la Direction de santé publique envers le développement d'un réseau d'écoles favorisant une approche globale pour améliorer la santé et le bien-être des jeunes de 5 à 17 ans.

Plus précisément, l'étude poursuit les objectifs suivants :

1. Documenter l'approche *École en santé* et établir un relevé des principaux résultats de recherches réalisées en rapport avec l'initiative *École en santé*;

2. Identifier les facteurs susceptibles de faciliter ou d'entraver l'adoption et l'implantation d'une initiative *École en santé*;

3. Dégager des moyens pour surmonter les obstacles qui freinent l'adoption d'une initiative *École en santé*.

Ces objectifs font appel à une méthodologie à deux volets. Le premier volet consiste en une recension des écrits se rapportant à l'initiative *École en santé*, aux liens entre cette initiative et la santé et le bien-être des jeunes et aux ressources requises pour implanter cette initiative en milieu scolaire. Le deuxième volet prend la forme d'une étude exploratoire auprès du milieu scolaire visant à documenter les différents facteurs susceptibles d'influencer l'adoption et l'implantation d'une initiative *École en santé*.

[1] Dans la présente étude, le terme *École en santé* fait référence au concept d'école en santé proposé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

2. ÉTAT DES CONNAISSANCES

Cette partie présente le premier volet de l'étude concernant l'état des connaissances relié à l'initiative *École en santé*. Elle rappelle d'abord brièvement la méthodologie employée pour réaliser le relevé des principaux textes sur le sujet. Elle présente ensuite les résultats de la recension des écrits et rapporte, de façon sommaire, les résultats des principales études sur le sujet. Enfin, un modèle conceptuel de l'initiative *École en santé* est proposé.

2.1 Méthodologie

Le premier volet de la présente étude consiste en une recension des écrits dont l'objectif est d'établir un relevé de textes, recherches et évaluations publiés en rapport avec l'initiative *École en santé*. La recension des écrits vise à : 1) documenter l'initiative *École en santé* et ses différentes composantes; 2) vérifier les liens entre l'initiative *École en santé* et la santé et le bien-être des jeunes; et 3) préciser les ressources nécessaires à l'implantation d'une initiative *École en santé*.

Considérant qu'une étude sur les approches globales et intégrées en milieu scolaire a été réalisée récemment par l'Institut national de santé publique du Québec et que les résultats de cette étude seront disponibles sous peu, notre recension de la littérature ne prétend pas à l'exhaustivité. Elle s'attache plutôt à repérer les écrits importants sur l'initiative *École en santé* et à cerner les principaux résultats d'études sur le sujet. Dans le cadre de la présente étude, l'objectif est d'obtenir un aperçu suffisamment complet qui puisse éclairer la Direction de santé publique et l'équipe jeunesse sur les orientations à privilégier en matière d'implantation d'écoles en santé.

2.1.1 Sélection des documents

La recherche bibliographique visait essentiellement à répertorier quatre types de documents se rapportant à l'initiative *École en santé*, soit des textes descriptifs, des analyses critiques, des recherches et des études évaluatives. Bien que la cible de recherche était principalement l'initiative *École en santé*, nous avons également porté intérêt à d'autres textes ou études reliés à des thèmes jugés pertinents. Il s'agit de documents touchant la promotion de la santé en milieu scolaire, l'éducation à la santé et l'approche globale de la santé en milieu scolaire primaire et secondaire. De même, nous avons aussi sélectionné d'autres textes se rapportant à différentes approches apparentées à *École en santé* comme, par exemple, le programme de santé globale en milieu scolaire (Comprehensive school health), le programme coordonné de santé en milieu scolaire (Coordinated school health program) et le programme de Santé de qualité à l'école. Tous ces documents ont été retenus en fonction de leur pertinence par rapport au sujet à l'étude et de la qualité scientifique des études.

2.1.2 Sources d'information

La recherche bibliographique a été réalisée à partir de diverses sources d'information. Elle comprend d'abord une recherche par ordinateur dans les bases de données *Medline/PubMed, Psyclit* et *Eric* à l'aide de mots-clés appropriés. Elle inclut également une consultation de plusieurs sites Internet d'organismes ou d'associations dont le contenu pouvait s'avérer pertinent pour la présente étude (ex. : Organisation mondiale de la santé, Santé Canada, Réseau européen d'écoles-santé, Association pour la santé publique du Québec, etc.).

Outre ces outils de recherche informatique, le centre de documentation de la Direction de santé publique de la Montérégie, le service documentaire Santécom et des professionnels du milieu de la santé et des services sociaux ont permis d'identifier d'autres documents ou rapports. Enfin, les références citées dans les documents ou articles scientifiques consultés nous ont quelquefois guidées vers d'autres textes appropriés.

2.1.3 Documents recensés

La recension a permis de retracer plus d'une centaine de documents, rapports ou articles de revues scientifiques. Tous ces documents ont fait l'objet d'une lecture attentive par les deux professionnelles de la DSP responsables de l'étude. Les documents jugés les plus pertinents ont été résumés et indexés à l'aide du logiciel *EndNotes* afin d'en faciliter la consultation ultérieure et de repérer les différents textes traitant de thèmes similaires.

Les écrits recensés comprennent principalement des documents de nature descriptive. On y retrouve également quelques rapports de recherche et d'évaluation, dont quelques-uns sont d'origine québécoise. Les autres textes sont, dans l'ensemble, des articles publiés dans des revues scientifiques. Quelques textes provenant des sites Internet consultés permettent de compléter ou d'enrichir les informations obtenues par d'autres moyens. La majorité des documents recensés sont d'ordre descriptif ou contiennent essentiellement des commentaires ou des analyses sur le sujet. Peu de textes rapportent les résultats de recherches ou d'évaluations reliées à l'initiative *École en santé*. Enfin, peu de documents traitent des fondements théoriques de l'initiative *École en santé*.

2.2 De l'éducation à la promotion de la santé et du bien-être

2.2.1 Éducation à la santé

L'éducation à la santé date de plusieurs années. Déjà en 1850, Lemuel Shattuck, un pionnier américain de la santé publique, écrivait qu'un éducateur spécialisé devrait enseigner à chaque enfant en milieu scolaire les principes de la santé (Taub, 2001). L'éducation se veut un moyen fondamental pour informer les gens sur les faits reliés à la santé et au bien-être, sur les risques pour la santé et sur les problèmes de santé (Association canadienne pour l'éducation à la santé, 1993). Son but est de modifier le comportement de la clientèle ciblée. Malheureusement, les évaluations de programmes d'éducation à la santé n'ont pas démontré les résultats escomptés. L'éducation peut améliorer les connaissances des individus sans pour autant changer les attitudes et les habiletés et encore moins accroître l'adoption du comportement désiré.

D'un modèle cognitif en éducation à la santé, les penseurs ont évolué au cours des années vers des modèles plus prometteurs pour engendrer un changement de comportement. Ainsi, on a évolué du modèle affectif au modèle behavioral pour en arriver à celui de l'*empowerment*. Ci-dessous, nous décrivons brièvement les fondements de chacun de ces modèles.

Modèle cognitif

Les cours d'éducation à la santé en milieu scolaire visaient à prévenir les comportements à risque des jeunes. Au début des années 50, l'abus d'alcool était devenu tant un problème de santé qu'un problème social important.

Pour contrecarrer ce problème, les professeurs étaient appelés à enseigner aux jeunes les dangers reliés à l'abus d'alcool. On pensait alors qu'en connaissant les dangers reliés à l'usage abusif d'alcool, les jeunes ne feraient pas d'abus (Poland *et al.*, 2000). Malheureusement, les recherches ont rapidement démontré que l'acquisition de connaissances ne changeait pas nécessairement les comportements de la personne. Plusieurs études dans des domaines variés tels le tabagisme, l'usage de drogues, la nutrition ou autres ont clairement fait ressortir que les programmes d'éducation à la santé centrés uniquement sur la transmission de connaissances étaient peu efficaces pour engendrer un changement de comportement (St. Leger et Nutbeam, 2000a).

Modèle affectif

Dans les années 70, les modèles affectifs en éducation à la santé devenaient populaires. On ne se centrait plus uniquement sur les connaissances mais on travaillait à influencer les attitudes, les valeurs et les sentiments des jeunes. On visait à augmenter l'estime de soi, à développer ses habiletés interpersonnelles ainsi que sa capacité à résoudre des problèmes et des conflits. Malheureusement, une fois de plus, le modèle affectif comme le modèle cognitif n'arrivait pas à modifier le comportement.

Modèle behavioral

Dans les années 80, c'est le modèle «behavioral» qui a pris de l'importance. L'approche «behaviorale» visait à habiliter les jeunes à résister à la pression sociale d'adopter des comportements nocifs pour la santé et à créer des environnements qui encouragent l'adoption de saines habitudes de vie. Dans ce modèle, le comportement d'une personne est déterminé par l'interaction entre l'environnement social et les facteurs personnels tels la personnalité, les perceptions, les attitudes. Les études évaluatives ont su démontrer l'efficacité d'un tel modèle pour prévenir l'adoption de comportements à risque pour la santé (Poland *et al.*, 2000).

Modèle d'empowerment par les jeunes

L'*empowerment* renvoie au développement du pouvoir d'agir. Il confère aux jeunes et aux adultes la responsabilité et le pouvoir d'identifier et d'établir les problèmes de santé qui les concernent ainsi que d'identifier les actions qui devraient être mises de l'avant. Ce modèle prend ses racines dans les approches de changements éducationnel et social telles que la pédagogie critique de McLaren, l'éducation à l'*empowerment* de Freire (1977) et l'organisation communautaire (Poland *et al.*, 2000). À l'heure actuelle, ce modèle n'est pas très utilisé. Néanmoins, nous croyons qu'avec la réforme éducative, il le sera de plus en plus. En effet, dans le contexte de la réforme scolaire, l'élève est le premier agent de son développement et il doit être partie prenante, chaque fois que c'est possible, aux décisions qui le concernent (Ministère de l'éducation, 2002).

2.2.2 Promotion de la santé

C'est en 1974, année de la publication du rapport *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, sous la direction de Marc Lalonde, ministre de la Santé et du Bien-être social du Canada à l'époque, que le gouvernement canadien reconnaissait publiquement pour la première fois que le système de santé joue un rôle limité dans la détermination de l'état de santé. C'était également le premier document où on laissait entendre que la promotion de la santé constituait une importante stratégie pour améliorer la santé de la population. C'est donc au cours de la rédaction de ce rapport que la conception globale de la santé a pris forme.

Le rapport proposait un cadre de référence où la santé était déterminée par l'action conjuguée de la biologie humaine, de l'organisation des soins de santé, de l'environnement et du mode de vie.

La première Conférence internationale sur la promotion de la santé a eu lieu à Ottawa en 1986, sous les auspices de Santé et Bien-être social Canada, de l'Association canadienne de santé publique et de l'Organisation mondiale de la santé. Un important résultat de cette conférence a été l'adoption de la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, un document qui a depuis été traduit dans plus de 50 langues et qui est devenu un phare pour la promotion de la santé dans le monde. La *Charte* énonce cinq stratégies clés pour la pratique de la promotion de la santé et la « nouvelle santé publique » :

- élaborer une politique publique saine;
- créer des milieux favorables;
- renforcer l'action communautaire;
- acquérir des aptitudes individuelles;
- réorienter les services de santé.

La promotion de la santé fait appel à plusieurs stratégies alors que l'éducation à la santé n'est qu'une seule des stratégies préconisées en promotion de la santé (Lister-Sharp *et al.*, 1999).

À la question « Comment définit-on la promotion de la santé? », spécifions qu'il n'existe pas une seule définition mais plusieurs. Rootman *et al.* (1999) ont répertorié, de 1974 à 1992, dix définitions différentes de la promotion de la santé. À l'heure actuelle, aucune n'est retenue comme étant LA définition. Par contre, l'ensemble de ces définitions font référence à la santé physique, mentale et sociale, à des stratégies variées et au concept d'*empowerment* des individus et des collectivités (Lister-Sharp *et al.*, 1999). La notion d'*empowerment* fait appel à la participation active des individus et des collectivités comme un processus essentiel à l'atteinte de la santé.

2.3 Promotion de la santé en milieu scolaire

2.3.1 Les jeunes : une population cible en promotion de la santé

Il est tout à fait indiqué de promouvoir la santé auprès des jeunes de 5 à 17 ans. En effet, les enfants et les adolescents adoptent des comportements et évoluent dans des environnements scolaire, familial et social qui influencent leur santé et leur bien-être actuels. De plus, pour prévenir des problèmes de santé à l'âge adulte, il faut adopter de saines habitudes de vie dès un jeune âge (St. Leger, 1998; St. Leger et Nutbeam, 2000a).

2.3.2 L'école : un milieu approprié pour la promotion de la santé

Mis à part la famille, l'école est une institution sociale qui a une influence importante sur le développement et la vie des jeunes (Kann *et al.*, 1995). En plus d'être un milieu où l'on peut rejoindre un grand nombre de jeunes, c'est aussi un milieu où l'on peut influencer un jeune tout au long de son développement physique, psychologique et social puisqu'il y passe une grande partie de son temps sur une période pouvant s'étaler sur près de 12 ans, soit de la maternelle au secondaire V.

L'école est aussi un milieu de vie où les jeunes côtoient des adultes qui peuvent les influencer positivement à l'égard de leur santé et de leur bien-être (International Union for Health Promotion and Education [IUHPE], 2000; Poland *et al.*, 2000). De 1850 à aujourd'hui, l'école est reconnue comme un milieu propice à l'éducation puis à la promotion de la santé qui intègre plusieurs stratégies dont l'éducation (Lister-Sharp *et al.*, 1999; St. Leger et Nutbeam, 2000a; World Health Organization [WHO], 1996a).

Dans la Déclaration de Jakarta en 1997, l'OMS reconnaît que les écoles sont un milieu clé pour la promotion de la santé et que chaque enfant a le droit et devrait avoir l'occasion d'être instruit dans une école faisant la promotion de la santé.

Les programmes de promotion de la santé en milieu scolaire contribuent à améliorer la réussite académique, et à l'inverse, la réussite académique contribue à l'amélioration de la santé de l'élève (Poland *et al.*, 2000). Un élève en bonne santé physique et mentale apprend mieux et inversement, la probabilité d'être en meilleure santé est plus élevée chez les gens qui disposent d'un niveau plus élevé d'éducation (Marmot et Wilkinson, 1999). Dans un tel cadre conceptuel, les programmes de promotion de la santé deviennent partie intégrante de la mission éducative de l'école et non une activité à part (St. Leger et Nutbeam, 2000a).

En 1995, un comité d'experts réunis par l'Organisation mondiale de la santé pour se pencher sur l'approche globale en éducation et en promotion de la santé à l'école (WHO, 1996a) reconnaît que :

- un investissement en éducation est un investissement en santé;
- la santé d'un enfant influence de façon significative son habileté à apprendre;
- les écoles peuvent être un environnement propice à la promotion de la santé uniquement si elles sont des organisations en santé.

Toutefois, de la théorie à la pratique, il y a un écart. On se rend compte que l'éducation à la santé est encore la stratégie la plus commune dans les écoles. La stratégie environnementale qui vise à offrir un milieu social et physique propice à la santé est encore peu adoptée par le milieu scolaire (Lister-Sharp *et al.*, 1999).

2.4 École en santé

2.4.1 Historique

C'est au cours des années 80 que le concept d'école en santé a pris naissance au Royaume-Uni suite à la remise en question de l'efficacité des programmes d'éducation à la santé pour améliorer les habitudes de vie des jeunes (IUHPE, 1999; Lynagh *et al.*, 2002).

Ainsi, en 1991, des représentants de l'OMS, de l'UNESCO et de l'UNICEF organisent une première rencontre sur l'approche globale en éducation à la santé (Meeting on Comprehensive School Health Education) et publient un rapport sur les lignes directrices pour l'action. De là est né officiellement le terme « école en santé » avec son équivalent anglais « Health Promoting School » (WHO, 1996a). Ainsi, une école en santé vise à établir un équilibre entre l'éducation à la santé via le curriculum en classe et l'approche qui implique des changements structurels, organisationnels, politiques et économiques pour améliorer la santé et le bien-être (Lynagh *et al.*, 2002).

Dès 1992, le Réseau européen d'écoles-santé (REES) voit officiellement le jour à la suite de négociations entre la Commission européenne, le Conseil de l'Europe et le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Les promoteurs de ce concept se sont regroupés en réseau pour partager leurs expériences et influencer les politiques et les pratiques sociales en ce sens. En 1999, le Réseau européen d'écoles-santé était déjà opérationnel dans 40 pays européens (Réseau européen d'écoles-santé, 1999).

L'OMS reconnaît que faire la promotion de la santé en milieu scolaire est l'approche la plus efficace et efficiente pour améliorer la santé et le bien-être des jeunes. En effet, une école en santé améliore tant le potentiel d'apprentissage des jeunes que leur santé puisqu'ils sont intimement liés (WHO, 1996a).

2.4.2 Définition et principes directeurs

Pour le Réseau européen d'écoles-santé (1999), une école en santé est:

> *... une école qui s'emploie à créer les conditions qui permettent à tous ceux qui y vivent et y travaillent de maîtriser et d'améliorer leur santé physique et affective. Elle parvient à ce résultat en modifiant ses structures de gestion, ses relations internes et externes, ses modes d'enseignement et d'apprentissages et ses méthodes, pour établir une synergie avec son environnement social.*

Le Réseau européen d'écoles-santé précise en outre ce qui suit :

> *Grâce aux possibilités qu'elle* [l'école-santé] *offre et aux engagements qu'elle obtient, elle constitue un environnement social et physique sûr et favorable à la santé.*

Le Réseau européen énonce dix principes sur lesquels repose l'école-santé. Ces principes sont présentés au tableau 1.

TABLEAU 1

PRINCIPES SUR LESQUELS REPOSE L'ÉCOLE-SANTÉ SELON LE RÉSEAU EUROPÉEN D'ÉCOLES-SANTÉ (1999)

1. Démocratie

L'école-santé repose sur des principes démocratiques propices à l'apprentissage, à l'épanouissement personnel et social, et à la santé.

2. Équité

L'école-santé favorise le développement affectif et social de chaque individu en l'absence de toute discrimination.

3. Capacité d'action

L'école-santé utilise des politiques et des pratiques d'enseignement qui permettent aux jeunes de participer à la prise de décisions essentielles.

4. Environnement de l'école

L'école-santé met l'accent sur l'environnement physique et social de l'école. Elle élabore des mesures relatives à la santé et à la sécurité, en surveille l'application et met en place des structures de gestion appropriées.

5. Programme d'étude

Le programme d'étude de l'école-santé est adapté aux besoins présents et futurs des jeunes, stimule leur créativité, les encourage à apprendre et leur permet d'acquérir des compétences essentielles dans la vie.

6. Formation des enseignants

La législation, renforcée par des incitations appropriées, doit guider les structures de la formation initiale et en cours d'emploi des enseignants, en utilisant le cadre conceptuel de l'école-santé.

7. Mesure de succès

L'école-santé évalue l'efficacité de ses actions sur l'école et sur la communauté locale.

8. Collaboration

L'école-santé repose sur un partage des responsabilités et une collaboration étroite, surtout entre les ministères de la santé et de l'éducation, à un niveau national, régional ou local.

9. Communauté locale

Ensemble, l'école et la communauté influencent de façon positive la création d'un environnement social et physique favorable à une meilleure santé.

10. Viabilité

Tous les niveaux des pouvoirs publics affectent des ressources à la promotion de la santé dans les écoles.

2.4.3 Caractéristiques

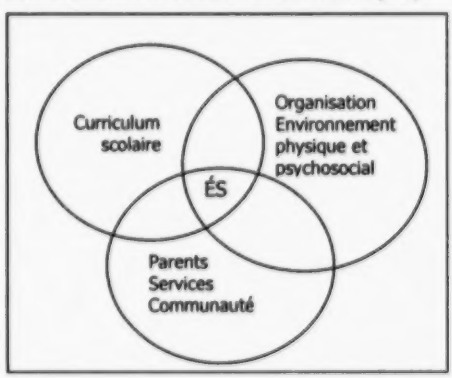
Les caractéristiques d'une école en santé sont globalement les suivantes :

- une **implication** dans l'école des professionnels de la santé et de l'éducation, des parents, des étudiants et des représentants d'organismes communautaires pour promouvoir la santé;
- un **environnement social et physique** sécuritaire et favorable à la santé et au bien-être de tous ceux qui y vivent ou y travaillent;
- un lieu où des **services** de santé et des services sociaux sont accessibles;
- une école qui **enseigne** les compétences essentielles permettant de prendre des décisions, de négocier et de résoudre des conflits, des compétences essentielles pour mener une vie saine hors des murs de l'école;
- une école qui **implante des politiques** qui visent à créer un environnement psychosocial sain;
- une école qui **s'ouvre sur sa communauté**.

Comme on peut le constater, une école en santé intègre la promotion de la santé dans tous les aspects de la vie scolaire, du curriculum à l'environnement en passant par les services (Réseau européen d'écoles-santé, 1999). À la figure 1, on retrouve une représentation schématique d'une école en santé qui intègre plusieurs éléments déterminant l'état de santé des jeunes et du personnel scolaire.

FIGURE 1

REPRÉSENTATION SCHÉMATIQUE DES ÉLÉMENTS D'UNE ÉCOLE EN SANTÉ (ÉS)



Source : Adapté de Nader (2000)

Ainsi, une école en santé est plus qu'un milieu qui collectionne les programmes et les services. C'est un organisme, un milieu vivant où toutes les parties travaillent ensemble et où un processus d'appropriation s'installe face à la santé et au bien-être des jeunes et du personnel (WHO, 1996a).

L'application du concept d'école en santé varie d'un pays à l'autre. Certains offrent aux écoles le choix de travailler sur une seule thématique avec plusieurs activités, tandis que d'autres choisissent quelques thématiques avec une variété d'activités qui s'y rattachent. Les écoles qui participent au Réseau européen d'écoles-santé (1999) :

- élaborent un plan sur trois ans;
- constituent une équipe responsable des activités et établissent une liste des priorités à respecter dans la mise en œuvre de ces activités;
- mènent des activités pour résoudre des problèmes présentant un intérêt tant local qu'européen, ce qui permet ensuite d'en dégager des modèles de bonnes pratiques;
- mènent des activités de promotion de la santé des jeunes et stimulent un esprit de responsabilité collective pour la santé des individus et de la population;
- développent autant que possible la notoriété et la crédibilité des activités, et facilitent l'évaluation et la diffusion des résultats.

2.4.4 Étapes opérationnelles

Une école qui s'engage dans une initiative *École en santé* passe par les étapes successives suivantes (WHO, 1998) :

1. *Obtenir l'engagement des parties et former un comité*

   Tout d'abord, l'école **forme un comité**, qui peut être un sous-comité du Conseil d'établissement, dont l'objectif est d'améliorer la santé et le bien-être des jeunes. Comme membres de ce comité on peut retrouver : le directeur de l'école ou son adjoint, des parents, des professeurs, des professionnels de la santé et des services sociaux de l'école et des membres de la communauté.

2. *Analyser la situation, les besoins et les ressources*

   Le comité **passe en revue ce qui se fait déjà** à l'école en matière de santé et de bien-être puis il **détermine ce qui devrait être fait** pour améliorer la santé et le bien-être des jeunes et du personnel. Par la suite, le comité identifie les personnes, les groupes ou les organismes avec lesquels l'école a déjà collaboré ou avec lesquels elle travaille présentement ou aimerait travailler.

3. *Établir un plan d'action*

   Le comité analyse la situation en fonction des besoins de son école et en fonction des ressources humaines et financières disponibles. À partir de cette analyse, le comité fait **un plan d'action** échelonné sur au moins trois ans.

4. *Passer à l'action*

   Le comité **passe à l'action** en se concentrant sur un ou deux points sur lesquels il aimerait travailler au cours de l'année scolaire. Il n'essaie pas de tout faire en même temps.

Le comité pourrait décider, par exemple, de réduire la violence dans la cour d'école. Après avoir analysé le problème, le comité pourrait décider de travailler durant l'année scolaire à l'atteinte de trois objectifs : 1) offrir aux jeunes des ateliers sur la gestion des conflits; 2) offrir aux parents une rencontre sur la gestion des conflits; et 3) organiser, à l'heure du midi, des jeux dans la cour d'école.

5. *Faire des liens*

Le comité **fait des liens** avec ce qui se fait déjà dans l'école. Il cherche les occasions de coordonner et de partager les efforts entre les intervenants et de trouver les ressources nécessaires, le cas échéant.

Dans notre exemple sur la violence, le comité se rend compte qu'un professeur enseigne déjà à ses élèves des techniques de gestion de conflits. Le comité pourrait saisir l'occasion pour demander au professeur s'il accepterait de former les autres enseignants sur la gestion des conflits. Le comité a aussi découvert qu'un organisme communautaire offre déjà une animation au service de garde à la fin des cours l'après-midi et qu'il pourrait aussi animer des jeux à l'heure du midi. Le comité a fait des liens!

6. *Évaluer les résultats*

Le comité **évalue ce qui a été réalisé** et ce que cela a donné comme résultat.

Dans notre exemple, vers la fin de l'année scolaire, le comité regarde les actions mises en place et vérifie si les incidents de violence ont diminué dans la cour d'école. Ainsi, le comité réalise que les professeurs ont reçu une formation sur la gestion des conflits, que peu de parents sont venus à la rencontre sur la gestion des conflits, que plus de jeux s'organisent dans la cour d'école et que les incidents de violence ont diminué.

7. *Réviser son plan d'action*

Enfin, le comité **révise son plan d'action** pour l'année suivante.

Dans notre exemple, le comité pourrait décider de continuer de travailler sur la prévention de la violence dans la cour d'école ou passer à autre chose. Le comité pourrait très bien décider de toujours travailler à prévenir la violence dans la prochaine année scolaire et de trouver d'autres moyens de rejoindre les parents et amorcer une deuxième action.

Ainsi, comme on peut le constater, l'initiative *École en santé* se concrétise avant tout par une mobilisation du milieu scolaire, des parents et de la communauté environnante et s'articule autour des besoins ressentis et exprimés par l'ensemble des acteurs. À cet égard, *École en santé* fait référence à une approche centrée sur le pouvoir d'agir, soit l'*empowerment*. Il ne semble pas y avoir d'études en mesure de faire la démonstration de la durabilité des

changements obtenus par une telle approche, mais plusieurs indicateurs de différentes études permettent d'avancer cette hypothèse (Le Bossé et Dufort, 2001).

Certains professionnels de la santé peuvent s'inquiéter de la dichotomie entre les besoins perçus par les acteurs du milieu scolaire et les besoins qu'eux-mêmes identifient. En effet, une approche centrée sur le pouvoir d'agir part du principe selon lequel les personnes aux prises avec un problème sont les mieux placées pour définir la nature de leurs besoins et des solutions compatibles avec leur situation. Toutefois, une telle affirmation n'exclut en rien la contribution des professionnels ou des bailleurs de fonds à l'identification des besoins d'une clientèle (Lynagh *et al.*, 1999; Le Bossé et Dufort, 2001).

En résumé, le terme et le concept école en santé ont officiellement vu le jour en Europe et c'est en 1991 que conjointement l'OMS, l'UNESCO et l'UNICEF fondent le Réseau européen d'écoles-santé. Une école en santé est une école qui reconnaît l'interrelation entre la réussite éducative et la santé. C'est une approche centrée sur le pouvoir d'agir où différents acteurs dont le personnel scolaire, les parents, les jeunes et des représentants de la communauté analysent et déterminent les actions à poser pour améliorer la santé et le bien-être des jeunes et du personnel scolaire. C'est aussi une école qui a une approche de promotion de la santé en travaillant au niveau du curriculum scolaire, de l'accessibilité des services, et de l'environnement physique et social. Finalement, une école en santé est un établissement qui s'ouvre à sa communauté.

2.4.5 Initiatives de type *École en santé*

Plusieurs autres organisations ont développé des initiatives de type *École en santé*. Ces initiatives ont une approche dite globale, qui comme *École en santé*, vont au-delà de l'éducation à la santé en classe. Pour améliorer la santé et le bien-être des jeunes, l'approche globale fait appel à plusieurs stratégies de promotion de la santé, cible autant les jeunes que les adultes et travaille avec divers acteurs de différents secteurs.

Voici une brève description de ces différentes initiatives selon les pays d'où elles tirent leur origine.

2.4.5.1 Australie

L'Australie est un pays avant-gardiste concernant l'implantation d'écoles en santé. En 1991, le premier réseau national d'écoles en santé a vu le jour sous le vocable « Health promoting schools network ». C'est aussi l'année où les réseaux de la santé et de l'éducation des divers états ont conjointement travaillé et publié un guide pour l'implantation d'écoles en santé (Rissel et Rowling, 2000).

En Australie, même s'il n'existe pas de définition universellement acceptée par les huit états (Stewart *et al.*, 2000), une école en santé se caractérise par un ensemble de politiques, de procédures, d'activités et de structures coordonnées ayant pour objectif de protéger et de promouvoir la santé et le bien-être des étudiants, du personnel scolaire et des membres de la communauté scolaire élargie (Rissel et Rowling, 2000).

Suite à un projet de recherche dans le sud de l'Australie (New South Wales), l'analyse des barrières à l'implantation d'écoles en santé a mené à la proposition d'une nouvelle approche pour *École en santé* (New Approach to Health Promoting Schools). Cette nouvelle approche est plus orientante. On propose à un comité *École en santé* un minimum d'actions à mettre en place pour être une école en santé. Par la suite seulement, les membres du comité identifient

ce sur quoi ils aimeraient travailler. Dans cette nouvelle approche, chaque école se voit dotée d'un agent qui soutient le comité en plus de suggérer du matériel ou des ressources disponibles (Lynagh *et al.*, 1999).

2.4.5.2 États-Unis

Aux États-Unis, ce type d'initiative est communément utilisé sous les vocables « Coordinated school health » ou « Comprehensive school health program » (St. Leger et Nutbeam, 2000a).

Dès 1987, le *Center for Disease Control* reconnaît l'école comme un milieu propice à la promotion de la santé tant des élèves que du personnel scolaire. Leur approche de promotion de la santé en milieu scolaire (The Multicomponent Approach for School Health Promotion) comprend plusieurs composantes inspirées des cinq stratégies de la Charte d'Ottawa et repose sur huit éléments (Allensworth et Kolbe, 1987) :

- un programme global d'éducation à la santé : il est structuré et adapté aux besoins et aux stades de développement des jeunes de la maternelle à la fin du secondaire. Le programme ou curriculum doit faire référence aux dimensions physique, mentale, émotionnelle et sociale de la santé;
- des services de santé scolaire : ils sont offerts par divers professionnels de la santé (ex. : infirmière, travailleur social, orthophoniste, psychoéducateur, etc.);
- un environnement scolaire sain : il fait référence au climat organisationnel et à l'environnement physique dans lequel les professeurs et les jeunes évoluent;
- de l'éducation physique à l'école : il doit y avoir un programme d'éducation physique;
- un service alimentaire : offrir une alimentation saine;
- un programme de consultation individuelle pour les jeunes ayant divers problèmes d'adaptation et de comportement;
- un programme de promotion de la santé pour le personnel scolaire;
- une collaboration étroite entre l'école et la communauté pour améliorer la santé et le bien-être des jeunes.

2.4.5.3 Canada

Dès 1979, Santé Canada s'oriente en promotion de la santé. En 1985, une *Unité de promotion de la santé en milieu de travail* est mise sur pied. Avec la Fondation de la recherche en Toxicomanie de l'Ontario, Santé Canada a conçu une approche globale et intégrée de la promotion de la santé en entreprise. Pendant ce temps, Santé Canada crée aussi une *Unité de l'éducation et de la formation* pour collaborer avec les systèmes de santé et d'éducation pour promouvoir la santé auprès des enfants et des jeunes du Canada.

En 1991, Santé Canada, en collaboration avec l'Association canadienne pour l'éducation à la santé (ACÉS) rendait publique sa position sur l'approche globale de la santé en milieu scolaire. Elle identifiait les quatre objectifs poursuivis par cette approche :

- promouvoir la santé et le bien-être;
- prévenir la maladie, les troubles de santé et les traumatismes;
- aider les élèves «à risque»;
- aider les élèves déjà aux prises avec une mauvaise santé à se réadapter.

En 1993, l'Association canadienne pour l'éducation à la santé et le ministre des Approvisionnements et Services Canada publiaient un document fournissant un cadre de travail pour l'approche globale de la santé en milieu scolaire. Cette dernière s'appuie sur quatre domaines principaux énumérés ci-dessous :

1. L'éducation : qui comprend entre autres un programme complet sur la santé de la maternelle à la fin du secondaire, englobant les dimensions physiques, émotionnelles, psychologiques et sociales de la santé en mettant l'accent sur le développement d'attitudes, de compétences et de comportements;

2. Les services de soutien : font référence aux services de santé, d'orientation et aux services sociaux;

3. L'appui social : comporte entre autres un climat scolaire positif, des groupes de pairs pour les jeunes et pour les parents, des programmes de mentorat, etc.;

4. L'environnement physique : fait référence à la création d'un environnement sain et sécuritaire.

Pour l'ACÉS, comme pour le Réseau européen d'écoles-santé, l'approche globale reconnaît l'importance de la relation entre la santé et l'apprentissage, elle fait appel à des stratégies de promotion de la santé à partir de l'école et elle vise une action coordonnée entre les différents acteurs dont les professionnels de l'éducation, de la santé, les parents, les organismes de la communauté environnante.

L'Association canadienne pour la santé, l'éducation physique, le loisir et la danse, par son programme « La Santé de qualité dans les écoles », fait aussi la promotion d'une démarche globale envers la santé à l'école. Cette démarche porte à la fois sur les programmes d'études, l'environnement scolaire, le soutien communautaire et les services à l'école. Le programme de Santé de qualité dans les écoles : 1) suscite la participation et la collaboration de tout le milieu scolaire, c'est-à-dire les élèves, les parents, le personnel de l'école, et les partenaires communautaires; et 2) porte sur les besoins et préoccupations de santé précis de chaque milieu scolaire.

Santé Canada, en collaboration avec l'Association canadienne pour la santé, l'éducation physique, le loisir et la danse et l'Association canadienne pour la santé en milieu scolaire, rend disponible sur un site Web intitulé « S'exprimer et s'engager : la promotion de la santé en milieu scolaire » un instrument très complet de planification stratégique pratique qui peut aider les membres d'une communauté scolaire à mettre en œuvre l'approche globale de la santé en milieu scolaire (www.santeCanada.ca/Sexprimeretsengager). Cet instrument s'inspire de celui qui avait été élaboré pour l'approche globale pour la promotion de la santé en milieu scolaire. L'instrument pour le milieu scolaire se base sur un modèle qui comporte quatre éléments : l'instruction, l'environnement psychosocial, l'environnement physique et les services de soutien. Sur le site Internet, ces éléments sont décrits en détail et on y retrouve aussi toutes les étapes à suivre pour implanter l'approche globale. À cet égard, il est intéressant de mentionner que Santé Canada fait référence dans son guide à « Les étapes vers une école en santé » et

non les étapes vers une approche globale. Les étapes de Santé Canada sont très similaires à celles que préconise l'OMS pour une école en santé.

En résumé, les différentes initiatives s'inscrivant dans une approche globale ou de type *École en santé* se distinguent par un modèle écologique qui ne se concentre pas uniquement sur l'éducation à la santé en classe. Ces initiatives visent à modifier positivement l'environnement physique de l'école (cafétéria, cour d'école, politique sur l'usage du tabac) et l'environnement social. Elles cherchent aussi à offrir des services de santé et de soutien, à offrir un curriculum santé structuré et intégré aux matières académiques de la maternelle à la fin du secondaire. Elles visent aussi à impliquer les parents et la communauté. Ces initiatives visent à améliorer la santé et le bien-être tant des jeunes que du personnel scolaire (Lister-Sharp *et al.*, 1999).

2.4.5.4 Québec

Les initiatives de type *École en santé* suscitent l'intérêt du réseau québécois de la santé depuis de nombreuses années. En effet, une des priorités nationales de santé publique 1997-2002 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997) visait à ce que 60% des écoles disposent d'une programmation intégrée dans le domaine de la santé et des services sociaux. Par ailleurs, en 1999, la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux a convenu des éléments suivants au regard de la définition d'initiatives de type *École en santé* :

- le concept école en santé représente une approche de promotion de la santé à partir de l'école;
- il se concrétise par une mobilisation du milieu scolaire et de la communauté environnante autour de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents;
- une initiative de type *École en santé* est menée par une équipe composée idéalement de parents, de membres du personnel enseignant, de la direction de l'école et du personnel non-enseignant, ainsi qu'au moins un étudiant du deuxième cycle du primaire et du secondaire;
- l'équipe procède à une identification et à une priorisation des besoins ressentis par l'ensemble du milieu afin de déterminer les actions à poser pour promouvoir la santé et le bien-être des élèves et du personnel de leur milieu;
- le contrôle des facteurs déterminant la santé et le bien-être doit être remis entre les mains des acteurs (élèves, enseignants, parents, professionnels, etc.). Pour ce faire, l'équipe élabore un plan d'action.

À la fin de l'année 2002, le MSSS dévoilait son Programme national de santé publique 2003-2012. Ce dernier prévoit l'élaboration et l'implantation, en collaboration avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires communautaires, d'une intervention globale et concertée pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents. Pour l'instant, les représentants de la Table de concertation nationale en prévention et promotion se sont entendus pour collaborer avec le ministère de l'Éducation à l'élaboration d'un guide pour l'implantation d'une approche globale et concertée en milieu scolaire. Ce guide devrait être disponible au printemps 2004.

2.4.6 Études évaluatives

Cette section rapporte les principaux résultats de recherches et d'études évaluatives concernant l'initiative *École en santé*. Elle fait part, dans un premier temps, de différents constats qui se dégagent de la recension des écrits et des défis que pose l'évaluation de

l'initiative *École en santé*. Elle présente ensuite, dans un deuxième temps, les résultats de ces études en mettant en évidence les facteurs favorables et les obstacles à la mise en œuvre d'un projet *École en santé* de même que les effets de cette initiative.

2.4.6.1 Considérations générales

Trois constats se dégagent de la recension des études évaluatives se rapportant à l'initiative *École en santé*.

Le premier constat renvoie aux défis et aux difficultés que présente l'évaluation de l'initiative *École en santé*. Ces difficultés sont inhérentes à la nature même de tout projet en promotion de la santé. Elles témoignent de la complexité de ces initiatives qui comportent de multiples composantes et reposent souvent sur des approches multidisciplinaires. Elles rendent compte également, comme le soulignent plusieurs auteurs (Burgher *et al.*, 1999; McQueen et Anderson, 2000; Nutbeam, 1998, 1999; Stewart-Brown, 2001) du caractère inadéquat et de l'utilité limitée, en promotion de la santé, des méthodes traditionnelles d'évaluation, tels le devis expérimental et l'essai randomisé. Les difficultés reliées à l'évaluation soulèvent aussi la question de ce qui constitue une donnée probante en promotion de la santé (McQueen et Anderson, 2000) et de l'absence de consensus à ce sujet. Elles révèlent enfin l'importance de développer des méthodes d'analyse et des devis d'évaluation plus appropriés combinant une variété de méthodes et de mesures quantitatives et qualitatives et ayant recours à plusieurs sources d'information (Nutbeam, 1998, 1999).

Le deuxième constat, intimement lié au premier, concerne l'absence de consensus entourant les indicateurs qui permettraient de rendre compte, de manière fiable et valide, des effets de l'initiative *École en santé*. Le débat concernant le développement d'indicateurs pertinents et suffisamment sensibles pour témoigner des effets d'une intervention n'est pas récent en promotion de la santé (Nutbeam, 1998, 1999). Plusieurs chercheurs signalent cette difficulté à documenter, à l'aide d'indicateurs adéquats, l'efficacité d'interventions de promotion de la santé (Nutbeam, 1998, 1999; WHO, 1996b), tout comme celle de l'initiative *École en santé* (Lister-Sharp *et al.*, 1999; Marshall *et al.*, 2000; St. Leger et Nutbeam, 2000b). Cette situation amène plusieurs d'entre eux à recommander que les futures recherches et évaluations concernant *École en santé* veillent à développer un ensemble d'indicateurs pertinents, fiables, valides, réalistes, utilisables et acceptables (St. Leger et Nutbeam, 2000b). Selon Nutbeam (1998), ces mesures devraient principalement porter sur les effets immédiats des actions en promotion de la santé, comme l'acquisition de connaissances, la mobilisation sociale, le développement du pouvoir d'agir (*empowerment*) de la communauté et la mise en place de pratiques et politiques organisationnelles. Dans le cas plus spécifique de l'initiative *École en santé*, les indicateurs devraient également inclure, entre autres, des mesures se rapportant à l'environnement scolaire, à l'environnement psychosocial et au partenariat entre l'école, les parents et la communauté (National health and medical research council, 1996).

Enfin, troisième et dernier constat, la recension des écrits révèle que les études évaluatives touchant l'initiative *École en santé* sont peu nombreuses et que l'efficacité de cette approche n'est pas encore démontrée de façon concluante (Lynagh, Schofield, et Sanson-Fisher, 1997; St. Leger et Nutbeam, 2000b). Les difficultés méthodologiques associées à l'évaluation, tel que mentionné précédemment, pourraient expliquer, en partie, la rareté de ces études. Quelques recensions des écrits et évaluations de l'implantation et des effets fournissent néanmoins des pistes intéressantes sur le processus de mise en œuvre d'écoles en santé, sur les facteurs susceptibles de favoriser ou de nuire à l'implantation de ces projets et sur l'efficacité d'une telle approche. Les deux sections qui suivent font état des résultats de ces études.

2.4.6.2 Facteurs favorables et obstacles à la mise en œuvre du projet

Quelques évaluations réalisées en Grande-Bretagne, en Australie et au Québec mettent en évidence les principales conditions d'implantation à favoriser.

Études réalisées en Angleterre et en Australie

Une évaluation d'une durée de trois ans a été effectuée en Angleterre auprès de 15 écoles secondaires ayant implanté une approche *École en santé* intitulée « Wessex Healthy Schools Award [WHSA] » (Moon *et al.*, 1999). Cette étude, qui vise principalement à vérifier l'efficacité du projet WHSA, explore également les facteurs favorables et les contraintes à l'implantation du projet. Les informations ont été recueillies au cours d'entrevues individuelles semi-dirigées avec des directions d'école, des enseignants, des professionnels non-enseignants et des parents. Selon les résultats de l'étude, les principaux facteurs facilitant l'implantation d'une *École en santé* sont : l'engagement du personnel de l'école, le soutien de la direction, une préoccupation du personnel pour la santé des élèves et une sensibilisation des élèves à la santé. Les principaux obstacles identifiés ont trait au manque de temps, aux ressources insuffisantes et à un environnement physique inadéquat.

Par ailleurs, une étude portant sur un projet pilote de promotion de la santé en milieu scolaire a analysé l'implantation de ce projet dans 12 écoles secondaires de la région de Hunter en Australie (Lynagh *et al.*, 1999). Ce projet s'appuie sur les principes et la philosophie de l'approche *École en santé*. Les résultats révèlent différents obstacles et difficultés que les écoles participantes ont rencontrés dans l'implantation du projet. Les principaux obstacles concernent : 1) le manque de soutien de la direction du département; 2) le manque de connaissances des enseignants en promotion de la santé; 3) le manque de soutien et d'engagement de la direction de l'école; 4) les demandes conflictuelles en temps et en énergie auprès des enseignants; 5) le faible engagement des parents; et 6) la compétition avec les autres programmes en ce qui concerne le temps et les ressources disponibles. Considérant ces résultats, les auteurs de l'étude proposent différents principes pouvant faciliter l'implantation d'une approche de promotion de la santé en milieu scolaire. Certains de ces principes s'avèrent pertinents en contexte québécois. On y retrouve : 1) un soutien élevé du milieu scolaire, c'est-à-dire des instances locales ou régionales et de la direction d'école, particulièrement dans les premières étapes d'implantation du projet; 2) l'identification de personnes clés du milieu scolaire intéressées et motivées à s'engager dans des actions en promotion de la santé; 3) l'aménagement du travail de ces personnes et le dégagement de leurs tâches régulières pour leur permettre de s'impliquer dans des actions en promotion de la santé; et 4) un soutien et une formation en promotion de la santé offerts aux personnes clés du milieu scolaire.

Études réalisées au Québec

Trois évaluations québécoises d'initiatives *École en santé* fournissent également des informations pertinentes à ce sujet. La première étude consiste en une analyse de l'implantation de projets *Écoles et quartiers en santé* réalisés dans trois écoles primaires et une école secondaire de Saint-Jérôme (Paquin, 2000). L'analyse met en lumière des conditions favorables et des embûches rencontrés dans l'émergence des projets et dans leur mise en œuvre. Le tableau A.1 (*voir* annexe 1) présente les principaux résultats de cette évaluation.

La deuxième étude a été réalisée au cours de l'année scolaire 1996-1997 dans quatre territoires de CLSC de Laval (Arcand, 1998) et touche un total de sept initiatives différentes mises en œuvre dans dix écoles. Les données ont été recueillies par le biais d'entrevues semi-dirigées auprès des coordonnatrices famille-enfance-jeunesse des CLSC, d'un questionnaire rempli par les responsables des initiatives et de l'analyse des bilans d'activités. Le tableau A.2 (*voir* annexe 1) rapporte les principaux résultats de cette étude quant aux facteurs ayant facilité la réalisation des initiatives. Ces facteurs relèvent de la structure organisationnelle, du fonctionnement de l'équipe-projet et des caractéristiques des intervenants.

Par ailleurs, les principaux obstacles à l'implantation des initiatives *École en santé* rapportés dans cette étude (Arcand, 1998) comprennent : 1) une surcharge de travail perçue par le milieu scolaire en raison du moment peu propice choisi pour amorcer le projet; 2) le temps insuffisant accordé à l'appropriation du concept et à l'élaboration des projets; 3) les ressources parfois insuffisantes; 4) la méconnaissance des rôles respectifs (CLSC et milieu scolaire); 5) la faible participation des parents; et 6) l'absence de concertation entre les intervenants du CLSC œuvrant dans une même école. En conclusion à cette évaluation, l'auteure recommande de prendre en considération les éléments suivants pour la mise en œuvre des initiatives *École en santé* :

- fournir aux gens concernés l'occasion de s'approprier le concept;
- procéder à une planification qui s'intègre dans le calendrier scolaire;
- mettre sur pied un comité santé (direction, intervenants de CLSC, élèves, parents, enseignants, intervenants d'organismes communautaires, etc.);
- impliquer le comité santé dans la détermination des priorités, l'identification des solutions et la prise de décisions;
- prévoir l'investissement d'une ressource humaine à raison de deux jours par semaine, au minimum;
- trouver une stratégie pour que les parents s'impliquent, surtout ceux de milieux défavorisés.

Enfin, une récente évaluation réalisée en Outaouais auprès de trois écoles qui implantent une initiative *Écoles et milieux en santé* (Deschênes *et al.*, 2001) visait à mieux comprendre le processus d'action intersectorielle associé à la mise en œuvre de ces interventions et à faire état de la mise en œuvre des projets. Les données ont été recueillies au cours d'entrevues de groupe réalisées auprès de chacun des comités intersectoriels. Les résultats montrent que les principales conditions jugées essentielles à la réussite du projet relèvent de l'approche globale en promotion de la santé, des caractéristiques des partenaires impliqués, du fonctionnement organisationnel et du contexte externe. Le tableau A.3 (*voir* annexe 1) décrit ces résultats.

En résumé, selon les écrits recensés, les principaux facteurs susceptibles de faciliter l'implantation de l'initiative *École en santé* peuvent se regrouper en quatre catégories : les facteurs opérationnels, les facteurs relevant des caractéristiques des partenaires, ceux liés au fonctionnement de l'équipe responsable du projet et les facteurs associés aux structures organisationnelles. Le tableau 2 présente les principaux résultats qui se dégagent de la recension des écrits à ce sujet.

TABLEAU 2
RÉSUMÉ DES FACTEURS FAVORABLES À L'IMPLANTATION DE L'INITIATIVE *ÉCOLE EN SANTÉ*

Types de facteur	Facteurs
Facteurs opérationnels	• Projet et objectifs prenant appui sur les besoins du milieu (analyse du milieu) • Implantation graduelle du projet et établissement de priorités • Ressource humaine allouée au projet • Mise en place d'une équipe ou d'un comité formé de représentants de toutes les instances concernées (parents, élèves, direction d'école, enseignants, personnels non-enseignants, membres de la communauté)
Facteurs liés aux caractéristiques des partenaires	• Leadership de la direction d'école et de la personne responsable du projet au sein de l'école • Respect et confiance mutuelle entre les partenaires • Disponibilité et flexibilité • Ouverture d'esprit • Engagement et loyauté envers le groupe, le projet, l'approche et les objectifs poursuivis • Adhésion des partenaires à un but commun • Communications régulières entre les partenaires
Facteurs liés au fonctionnement de l'équipe-projet	• Compréhension et vision communes de l'approche et des objectifs poursuivis • Leadership participatif • Prise de décisions en concertation • Mécanismes et règles de fonctionnement clairs, souples et partagés par tous • Rôles respectifs clairement définis • Circulation d'informations sur le projet
Facteurs liés aux structures organisationnelles	*Milieu scolaire* • Ouverture et intérêt • Soutien des instances scolaires locales et régionales • Soutien et engagement de la direction d'école • Arrimage de l'initiative *École en santé* avec le projet éducatif de l'école *CLSC* • Soutien et appui du coordonnateur famille-enfance-jeunesse *DSP* • Soutien à l'implantation des projets • Personne-ressource responsable du dossier

2.4.6.3 Retombées et effets sur la santé et le bien-être des jeunes

Deux des études québécoises citées précédemment font part de retombées positives observées par les enseignants, les intervenants ou les parents suite à l'implantation de l'initiative *École en santé*. Ainsi, dans son évaluation de projets *Écoles et quartiers en santé* à Saint-Jérôme, Paquin (2000) rapporte des améliorations, chez les jeunes, au chapitre de l'assiduité au travail, de la réussite scolaire et de la confiance en soi. Une amélioration des communications entre les parents, les enfants et les enseignants est aussi observée de même qu'une amélioration des habiletés parentales. De plus, les écoles primaires associées au projet ont connu une amélioration de la réussite scolaire des jeunes, une amélioration du climat dans les classes et dans l'école et une diminution de la mobilité des parents dans le quartier et de celle des jeunes entre les écoles.

Pour sa part, Arcand (1998) note comme principales retombées positives de l'initiative *École en santé* dans des écoles de Laval, telles que perçues par les responsables des projets, une meilleure complicité et la création d'alliances entre les intervenants du CLSC et l'équipe école ainsi qu'une perception différente des intervenants du CLSC par le personnel scolaire. Elle rapporte également, comme autres retombées, la mobilisation des forces vives du milieu et le ralliement autour d'objectifs communs, la création de liens avec la communauté ainsi que la sensibilisation des jeunes et des parents aux liens entre la santé, le bien-être et la réussite scolaire et à l'importance de l'école comme milieu favorisant la santé et le bien-être.

Par ailleurs, deux études apportent un éclairage important sur les effets de l'initiative *École en santé*. La première est une évaluation longitudinale d'une durée de trois ans réalisée en Angleterre (Hamilton et Saunders, 1997) auprès de 48 écoles ayant implanté *École en santé*. De ce nombre, 16 écoles forment le groupe pilote, 16 autres forment un groupe de comparaison pour la partie sommative de l'évaluation et 16 autres, un autre groupe de comparaison pour la partie formative. Les écoles du groupe pilote se distinguent de celles des deux autres groupes par le fait qu'elles reçoivent un soutien financier et professionnel pour l'implantation du projet.

Dans l'ensemble, les résultats de l'évaluation montrent chez les élèves, à chacune des trois années du projet, une amélioration sur le plan des connaissances, des attitudes, de l'estime de soi et du comportement à l'égard de la santé. Plus spécifiquement, on observe chez les élèves du primaire, un niveau plus élevé d'estime de soi, le développement de meilleures habitudes alimentaires et une diminution des cas de « taxage ». Toutefois, les résultats sont davantage mitigés chez les élèves du secondaire. Ces derniers révèlent en effet une perception moins positive de leur environnement scolaire et de leur capacité à adopter un style de vie plus sain et une augmentation du tabagisme et de la consommation d'alcool. Par ailleurs, la comparaison entre les trois groupes d'écoles ne révèle aucune différence dans les résultats entre les écoles du groupe pilote et celles des groupes de comparaison. En guise de conclusion, les auteurs soulignent que tous les élèves ont réalisé des apprentissages au cours du projet, bien qu'il soit difficile de relier ces résultats, de façon concluante, à la participation au projet *École en santé*.

La deuxième étude consiste en une importante recension des écrits visant à évaluer l'efficacité des interventions en promotion de la santé en milieu scolaire et de l'initiative *École en santé* (Lister-Sharp *et al.*, 1999). Pour le volet *École en santé*, les auteurs retiennent trois critères de sélection des études : 1) études avec groupe contrôle ou avec mesures pré-post sur des interventions en milieu scolaire touchant le climat ou l'environnement scolaire, le programme scolaire, la famille ou la communauté; 2) études qui décrivent les composantes et le déroulement du projet; et 3) études qui rapportent tous les résultats ayant été évalués.

Seules 12 des 1067 études retracées, incluant l'étude mentionnée précédemment, correspondent à ces critères de sélection et très peu d'entre elles s'avèrent pertinentes pour l'analyse de l'efficacité de l'initiative *École en santé*. Compte tenu du petit nombre d'études, il est donc difficile de tirer des conclusions à partir des résultats obtenus. Néanmoins, la recension rapporte quelques résultats permettant de croire que l'initiative *École en santé* est susceptible d'accroître, chez les jeunes, leurs connaissances à l'égard de la santé et qu'elle peut influer sur des comportements reliés à la santé (ex. : alimentation, exercice physique) et sur des aspects touchant la santé physique, mentale et psychosociale (ex. : estime de soi). D'autres études font part d'améliorations de l'environnement physique et social de l'école (ex. : environnement alimentaire plus sain, amélioration du climat social).

En somme, malgré la rareté des études sur le sujet, il est plausible de croire que l'initiative *École en santé* est en mesure de générer des effets positifs de santé et de bien-être chez les jeunes et qu'elle offre, à cet égard, un potentiel très prometteur.

2.5 Un modèle

Le modèle proposé se veut utile pour guider la planification, l'implantation et l'évaluation d'une initiative de type *École en santé* dans un contexte québécois. Il s'inspire des modèles proposés par Nutbeam (1998) et St-Léger et Nutbeam (2000a).

Les intrants

Comme l'illustre la figure 2, on distingue trois catégories d'intrants : les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et du ministère de l'Éducation du Québec (MÉQ), les acteurs et les conditions de réalisation.

Les ***orientations MSSS-MÉQ*** font référence au Programme national de santé publique 2003-2012 (PNSP), aux Services éducatifs complémentaires 2002 et à l'Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation 2003. Ces orientations sont incontournables et elles viennent teinter une partie du plan d'action qu'une école élaborera pour améliorer la santé et le bien-être des jeunes et par ricochet, la réussite éducative. Mentionnons que le PNSP propose des activités spécifiques pour le milieu scolaire. Par exemple, dans les écoles primaires, les activités suivantes sont identifiées : implantation d'une intervention globale et concertée, implantation du programme *Fluppy,* services préventifs en santé dentaire, environnement alimentaire sain, application de normes de sécurité pour les aires de jeux et les équipements, vaccination, promotion d'une campagne de communication sociétale.

Au niveau des ***acteurs***, l'initiative de type *École en santé* fait appel à la participation et à la collaboration de personnes qui se préoccupent de la santé et du bien-être des jeunes. Parmi ces personnes, il y a la direction de l'école, des membres du personnel scolaire, des représentants du CLSC, des parents, des représentants d'organismes communautaires pour les jeunes et la famille. Il y a les jeunes eux-mêmes (surtout au secondaire) qui peuvent participer aux étapes de réalisation d'*École en santé*.

Les ***conditions de réalisation*** font référence aux éléments de réussite à l'implantation de l'initiative de type *École en santé*. La recension des écrits et les résultats de cette étude exploratoire font clairement ressortir que des ressources humaines et financières sont indispensables pour implanter et soutenir une telle initiative.

La DSP doit offrir du soutien aux CLSC et aux commissions scolaires en ce qui a trait à la compréhension de l'initiative, la disponibilité d'outils, etc. L'engagement de la direction d'école et du conseil d'établissement est aussi essentielle à la réussite de l'implantation de l'initiative. Cet engagement peut se traduire entre autres par la participation au comité *École en santé* et par la libération de périodes d'enseignement afin de permettre à des professeurs de s'impliquer sur des projets reliés à l'initiative. Il faut également former le personnel des CLSC et les membres du comité *École en santé* afin de développer une vision commune de l'initiative et des résultats attendus.

Le processus

Le processus repose sur des principes directeurs, des étapes de réalisation et des activités pour réaliser différentes activités de prévention et promotion de la santé.

Principes directeurs

Les grands principes directeurs d'une initiative de type *École en santé* sont la cohérence, la collaboration et l'approche multimodale.

C'est au niveau du choix des objectifs poursuivis et des activités à réaliser qu'il doit y avoir cohérence. Une école qui est interpellée par différentes organisations, externes ou internes aux réseaux de la santé et des services sociaux et de l'éducation, devra dans une initiative *École en santé* s'assurer que ces activités sont en lien avec le plan d'action dont elle s'est dotée.

La collaboration entre les acteurs concernés est un autre élément essentiel au succès de l'initiative *École en santé*. Elle peut, entre autres, se concrétiser par une offre de services ou une participation active aux activités organisées ou à organiser.

L'approche multimodale fait référence à plusieurs clientèles cibles telles les jeunes, les parents, le personnel scolaire et à de multiples stratégies de promotion de la santé telles l'éducation, l'environnement, des politiques, des services (Vitaro et Carbonneau, 2000).

Étapes de réalisation

Pour implanter une initiative de type *École en santé* on doit prévoir six étapes. La première consiste à faire connaître les objectifs et les activités qui peuvent être mises de l'avant ainsi que les retombées positives d'une telle initiative. À cette étape, l'engagement de la direction d'école, du conseil d'établissement et du personnel scolaire est recherché.

Une fois l'engagement obtenu, la deuxième étape consiste à former un comité *École en santé* composé des acteurs concernés par la santé et le bien-être des jeunes. Rappelons qu'il s'agit de la direction d'école, de parents, d'enseignants, de professionnels de la santé et des services sociaux en milieu scolaire, des membres de la communauté immédiate et de jeunes, lorsque c'est possible.

Les trois étapes suivantes ont pour objectifs de déterminer les besoins, d'établir des priorités parmi ceux-ci et d'élaborer un plan d'action triennal. Considérant le Programme national de santé publique en toile de fond, certaines des activités à mettre en place devraient être prioritaires, notamment la vaccination, le programme public de services dentaires préventifs et, pour des écoles primaires plus défavorisées, le programme *Fluppy*.

La dernière étape consiste à évaluer l'implantation du plan d'action, et s'il y a lieu, à apporter les modifications nécessaires.

Activités à réaliser

Dans une initiative de type *École en santé*, les activités ciblent les jeunes, les parents, le personnel scolaire et les membres de la communauté. Les actions se font dans cinq volets : éducation, environnement social, environnement physique, services de santé et de soutien pour les élèves et les parents ainsi que des collaborations avec les parents et les membres de la communauté. Il s'agit de mettre en place des activités axées non seulement sur l'individu mais aussi sur l'environnement et les services.

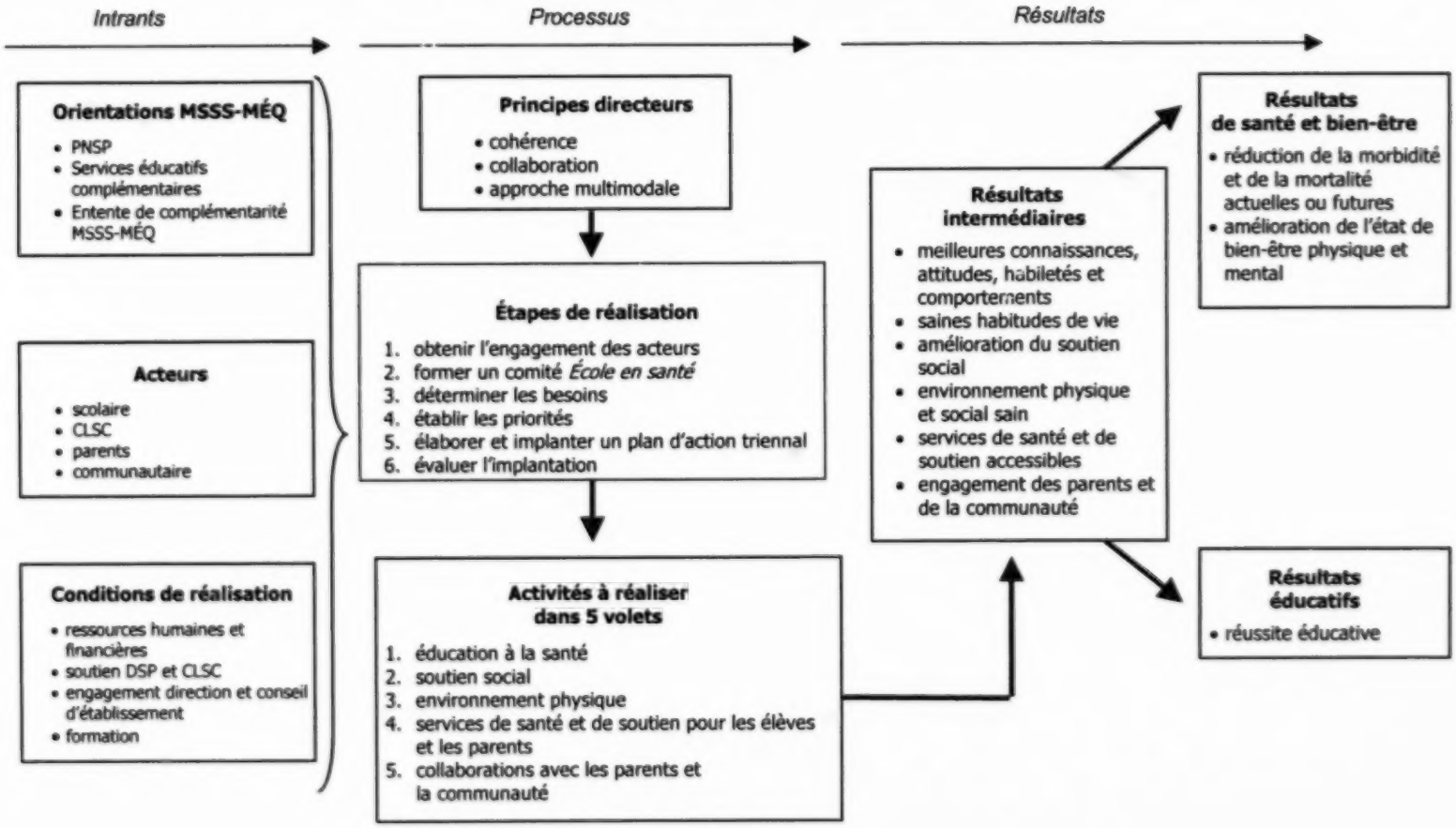
Résultats

Dans ce modèle on distingue les résultats intermédiaires des résultats de santé et de bien-être. Les résultats intermédiaires font référence aux résultats directs associés à chacun des cinq volets d'actions, soit l'amélioration des connaissances, attitudes, habiletés et comportements, l'adoption de saines habitudes de vie, l'amélioration du soutien social, un environnement physique et social sain, des services de santé et de soutien accessibles et l'engagement des parents et de la communauté.

Les résultats de santé et de bien-être et les résultats éducatifs sont généralement plus à long terme que les résultats intermédiaires (Pineault et Daveluy, 1995). Ces résultats sont aussi tributaires des résultats intermédiaires obtenus.

FIGURE 2

MODÈLE POUR UNE INITIATIVE DE TYPE *ÉCOLE EN SANTÉ* EN MONTÉRÉGIE



3. ÉTUDE EXPLORATOIRE AUPRÈS DU MILIEU SCOLAIRE[2]

Cette troisième partie présente le deuxième volet de l'étude qui comprend une étude exploratoire réalisée auprès du milieu scolaire sous forme de groupes de discussion ou *focus groups*. Elle précise d'abord brièvement les différents aspects méthodologiques de l'étude. Elle rapporte ensuite les résultats des groupes de discussion en fonction de l'engagement ou non des écoles participantes dans une initiative *École en santé*. Les principales conclusions et les pistes d'orientation qui se dégagent de l'étude, de même que les faits saillants des résultats sont ensuite présentés.

3.1 Méthodologie

3.1.1 Procédure

3.1.1.1 Approche et méthode

L'étude exploratoire vise à obtenir, auprès d'acteurs clés du milieu scolaire et à partir de leurs perceptions et expériences, des informations permettant de cerner et de comprendre les conditions organisationnelles et politiques susceptibles de favoriser ou d'entraver l'implantation d'une initiative *École en santé*.

L'objectif étant de comprendre la situation telle qu'elle se présente en milieu naturel, en l'occurrence en milieu scolaire, l'approche qualitative s'avère la plus appropriée pour ce volet de la recherche. Selon Paillé (1996), une recherche qualitative répond aux cinq caractéristiques suivantes : 1) la recherche est conçue en grande partie dans une optique compréhensive; 2) elle aborde l'objet d'étude de manière ouverte et large; 3) elle inclut une collecte de données effectuée à l'aide de méthodes qualitatives; 4) elle donne lieu à une analyse qualitative des données; 5) elle débouche sur un récit ou une théorie, et non sur une démonstration. La méthode retenue consiste en une série de groupes de discussion ou *focus groups* réalisés auprès de représentants du milieu scolaire.

3.1.1.2 Échantillon

La stratégie d'échantillonnage pour le volet exploratoire de la recherche met l'accent sur la pertinence de l'échantillon par rapport à l'objet d'étude et sur la faculté des participants de diversifier les informations recueillies et d'aider à circonscrire une réalité méconnue. Cette stratégie ne vise donc pas la représentativité statistique, mais plutôt l'hétérogénéité des milieux des participants constituant l'échantillon. Une certaine diversité des milieux scolaires est donc recherchée afin d'assurer la participation de directions d'école et de membres de conseils d'établissement provenant de différents types d'écoles.

Toutefois, afin d'assurer une certaine comparabilité des résultats, l'étude visait initialement les écoles publiques francophones de la Montérégie. De plus, considérant que l'implantation de l'initiative *École en santé* en Montérégie s'adressera prioritairement aux écoles primaires francophones de milieu économiquement défavorisé, la présente étude visait la participation de

[2] L'étude exploratoire auprès du milieu scolaire a été réalisée par Renée de Léry de la firme *Renée de Léry Communication Conseil Enr.* Cette troisième partie fait état du déroulement et des résultats de cette étude. Elle reproduit le rapport de recherche soumis à ce sujet à la Direction de santé publique de la RRSSSM par Renée de Léry. Seules quelques modifications ont été apportées au texte de madame de Léry, à la section « Méthodologie », afin d'uniformiser le contenu du présent rapport.

ces écoles. Cette perspective est conforme aux principes énoncés dans le programme *À toute Jeunesse* (Lafontaine *et al.*, 1998) à l'effet d'agir en amont des problèmes, de façon précoce, et d'intensifier les actions dans les milieux économiquement défavorisés. Le devis de recherche prévoyait une sélection des écoles participantes en fonction des critères suivants : 1) une école primaire publique francophone de la Montérégie; 2) le niveau de défavorisation de l'école (Ministère de l'Éducation, 2001); 3) un nombre plus élevé d'écoles de milieu économiquement défavorisé; et 4) l'engagement ou non de l'école dans une initiative *École en santé*.

Les écoles engagées dans une initiative *École en santé* ont été répertoriées à partir des plans d'action des tables intersectorielles jeunesse, à partir des écoles identifiées par les infirmières scolaires des CLSC et à partir des écoles ayant fait une demande de subvention au Fonds Jeunesse du Québec pour un projet d'une *École ouverte sur son milieu*.

Alors que le devis de recherche prévoyait une consultation de huit écoles primaires francophones publiques ayant des rangs déciles de défavorisation faibles (1-4), moyens (5-7) et élevés (8-10), il s'est avéré que moins d'écoles prévues avaient implanté l'initiative *École en santé* en Montérégie. Par conséquent, il a été convenu d'inclure dans l'échantillonnage des écoles secondaires ainsi que des écoles de langue anglaise ayant des rangs déciles de défavorisation variés. Le tableau 3 présente le nombre d'écoles retenues pour les groupes de discussion, en fonction de l'engagement ou non dans une initiative *École en santé*, du niveau de défavorisation, du niveau scolaire et de la langue d'enseignement. Tel qu'indiqué au tableau 3, le nombre d'écoles participantes s'élève à huit, constituant autant de groupes de discussion ou *focus groups*. De ce nombre, quatre écoles ont implanté l'initiative *École en santé* et quatre ne l'ont pas implantée.

TABLEAU 3

NOMBRE D'ÉCOLES
POUR LES GROUPES DE DISCUSSION

Niveau de défavorisation (rang décile)[3]	**Écoles ayant implanté *École en santé***				**Écoles n'ayant pas implanté *École en santé***			
	Primaire		Secondaire		Primaire		Secondaire	
	F*	A	F	A	F	A	F	A
Faible : rang décile 1 à 4	–	–	–	1	1	–	–	–
Moyen : rang décile 5 à 7	1	1	1	–	1	–	–	–
Élevé : rang décile 8 à 10	–	–	–	–	2	–	–	–
Total :	1	1	1	1	4	–	–	–

* F = langue d'enseignement française; A = langue d'enseignement anglaise.

[3] Selon la liste 2001-2002 des écoles primaires et secondaires avec indice de défavorisation et rang décile, ministère de l'Éducation.

Les écoles ont été choisies afin d'assurer une représentativité des milieux rural et urbain, ainsi que des différentes tailles d'écoles, soit de moins de 400 élèves et de 400 élèves et plus. Le choix a été fait également en fonction de la disponibilité du conseil d'établissement ou du comité *École en santé*, et de la volonté de la personne contactée à retourner les appels de la personne-ressource de la Direction de santé publique.

3.1.1.3 Collecte des données

Tel qu'indiqué précédemment, les informations sont recueillies dans le cadre de groupes de discussion ou *focus groups*. Dans le cas des écoles ayant implanté l'initiative, la rencontre a eu lieu avec le comité mandaté pour gérer l'initiative *École en santé*. Lorsque l'école n'avait pas implanté l'initiative, le groupe de discussion s'est déroulé avec les membres du conseil d'établissement.

Le nombre total de participants aux huit *focus groups* s'élève à 61 personnes, dont 17 participants pour les écoles ayant implanté l'initiative *École en santé* et 44 participants pour les autres écoles. Ces participants se répartissent comme suit : 7 directions d'école, 13 professionnels, techniciens ou employés de soutien, 13 enseignants, 25 parents, 2 représentants de la communauté et 1 élève. L'animation des *focus groups* est assurée par une personne contractuelle expérimentée dans cette méthode de collecte de données. D'une durée approximative d'une heure et demie chacun, les *focus groups* sont enregistrés et se déroulent dans les locaux de l'école participante.

Le *focus group* débute par des précisions de l'animatrice sur les objectifs de l'étude, les règles de confidentialité et le déroulement de la rencontre. À titre d'introduction à la discussion, l'animatrice présente ensuite un court diaporama expliquant la démarche préconisée dans une initiative *École en santé*. Les thèmes abordés lors de la discussion découlent des objectifs de l'étude. Un guide de discussion (*voir* annexe 2) est utilisé afin d'orienter la discussion et de s'assurer qu'aucune dimension n'est oubliée.

3.1.2 Données recueillies

Le tableau 4 présente, en fonction des objectifs de l'étude, les informations à recueillir lors des *focus groups*.

TABLEAU 4
DONNÉES À RECUEILLIR AU COURS
DES GROUPES DE DISCUSSION OU *FOCUS GROUPS*

Objectifs	Informations à recueillir
Identifier les facteurs susceptibles de faciliter ou d'entraver l'adoption et l'implantation d'une initiative *École en santé*	1. Facteurs liés à la perception de l'initiative *École en santé* et à sa faisabilité • connaissance du concept *École en santé* • perception du rôle de l'école par rapport à la santé et au bien-être des jeunes • appréciation du nom de l'initiative (ex. : acceptabilité du nom, suggestion d'un autre nom, etc.) • avantages perçus de l'initiative *École en santé* • difficultés perçues liées à l'initiative *École en santé* • cohérence perçue entre l'initiative *École en santé* et les politiques de l'école • possibilité d'arrimage de l'initiative avec le projet éducatif de l'école • possibilité de planification de l'initiative en lien avec le calendrier scolaire • raisons pouvant motiver l'école à s'engager dans une initiative *École en santé* • approche à privilégier (démarche, promoteur) pour inciter les écoles à s'engager dans l'initiative 2. Facteurs liés au contexte administratif (ressources humaines, matérielles et financières) • conditions favorables • conditions nuisibles 3. Facteurs liés au contexte politique intra et extra-organisationnel • conditions favorables • conditions nuisibles
Dégager des moyens pour surmonter les obstacles qui freinent l'adoption d'une initiative *École en santé*.	Propositions de solutions aux obstacles identifiés • solutions aux obstacles liés à la perception de l'initiative *École en santé* et à sa faisabilité • solutions aux obstacles liés au contexte administratif (ressources matérielles, humaines et financières) • solutions aux obstacles liés au contexte politique intra et extra-organisationnel

En somme, l'objectif est de mieux connaître, entre autres, les raisons de l'implantation de l'initiative *École en santé* et ce qui motiverait les écoles à implanter cette initiative, de même que les avantages, les défis, les facteurs clés de succès, les résultats concrets, la perception du nom, l'organisme porteur du dossier et les ressources nécessaires à son implantation.

3.1.3 Analyse des données

La démarche d'analyse des données recueillies au cours des *focus groups* fait appel à l'analyse qualitative de contenu. La démarche retenue s'inspire, dans une certaine mesure, de la méthode proposée par L'Écuyer (1990). Une première étape comprend une familiarisation avec le matériel par une écoute de l'enregistrement de chacun des *focus groups*, la préparation d'un résumé écrit et détaillé de chaque *focus group* et la transcription de notes et de propos ou citations particulièrement illustratifs ou significatifs. La deuxième étape consiste, pour chaque *focus group*, à dégager les thèmes abordés et à catégoriser les informations en fonction de ces thèmes. Outre les thèmes prévus à la grille d'entrevue, d'autres sujets introduits par les participants peuvent s'ajouter, si ces thèmes sont pertinents par rapport aux objectifs de la recherche. Enfin, la dernière étape de l'analyse procède de façon transversale de manière à regrouper le matériel recueilli au cours des huit *focus groups*. Cette étape vise à dégager une vue d'ensemble qui intègre les différents thèmes développés par les participants.

3.2 Résultats

3.2.1 Écoles qui ont implanté l'initiative *École en santé*

↳ *Nombre d'années d'existence de l'initiative École en santé*

Le nombre varie de deux à quatre années d'existence.

↳ *Raisons de l'implantation de l'initiative*

Dans deux cas, il s'agit au départ d'une initiative de l'infirmière du CLSC local. Dans les deux autres cas, l'implantation de l'initiative *École en santé* a été motivée par le désir d'acheter des fours à micro-ondes au moyen d'une levée de fonds, d'une part, et par l'aspiration que la cafétéria serve une nourriture plus saine, d'autre part.

↳ *Avantages*

Les participants ont souligné au cours des discussions plusieurs avantages d'avoir une telle initiative, lesquels sont résumés ci-après :

- *le rayonnement de l'école* : l'existence d'une telle initiative ne peut que rejaillir sur l'école, selon les membres, et améliore le milieu scolaire;
- *la sensibilisation des jeunes à la santé* : on estime que l'attention que porte le milieu, soit les professeurs, les parents et autres, envers la santé sensibilise les jeunes aux enjeux de la santé;
- *une meilleure forme chez les jeunes* : grâce aux diverses activités instaurées, les jeunes sont en meilleure santé physique et mentale;
- *une meilleure cohérence entre les propos de l'école et ses actions* : implanter un comité *École en santé* témoigne de la volonté de l'école de passer aux actes;

- *la solidarité entre les membres du comité et entre les sous-populations de l'école* : un tel projet mobilise élèves, parents, professeurs et personnel non-enseignant envers un objectif commun;
- *une meilleure performance scolaire* : des participants ont déclaré un lien entre l'implantation d'une école en santé et une meilleure performance scolaire chez les élèves;
- *le renforcement des liens avec la communauté* : en faisant appel aux membres de la communauté, soit pour participer au comité ou pour appuyer certaines initiatives, la démarche *École en santé* rapproche l'école de la communauté;
- *la diversité des points de vue* : les participants apprécient l'occasion que fournit la participation au comité de côtoyer des gens qui proviennent de différentes professions, de différents milieux et qui ont des connaissances variées en matière de santé.

Facteurs clés de succès

De multiples facteurs ont été invoqués pour expliquer le succès d'une telle initiative. Les plus courants sont :

- la persévérance;
- la reconnaissance du comité;
- le pouvoir du comité, au moyen entre autres de la présence du directeur d'école au sein du comité;
- l'appui de la direction;
- la priorité accordée aux enjeux jugés importants par les différentes sous-populations de l'école;
- l'implantation d'abord d'initiatives de moindre envergure – « la politique des petits pas »;
- l'assiduité des membres du comité;
- une bonne communication entre les membres du comité et entre le comité et la direction de l'école;
- la participation des élèves, particulièrement au niveau secondaire;
- la souplesse dans l'implantation de l'initiative;
- l'appui du conseil d'établissement.

Défis

Toutes les écoles sont aux prises avec sensiblement les mêmes défis, dont voici les principaux :

- la difficulté de recruter des membres;
- des ressources financières restreintes;
- les impératifs économiques des partenaires, par exemple le souci de rentabilité de la firme responsable de la gestion de la cafétéria;
- le faible niveau de sensibilisation aux enjeux de santé de certains enseignants et adolescents;
- l'absence de pouvoir du comité;
- la méconnaissance des processus d'approbation de projets de la part des membres du comité.

- *Résultats concrets*

Les écoles mettent en œuvre une panoplie de projets dans le cadre de l'initiative *École en santé*. Nous énumérons ci-après les principales catégories englobant ces projets :

- l'assainissement du milieu scolaire, en particulier la cour d'école;
- l'aménagement d'une salle réservée aux élèves;
- l'offre de cours d'exercice supplémentaires et l'aménagement d'une salle de conditionnement physique;
- diverses activités relatives à la nutrition, par ex. : l'offre d'aliments sains;
- diverses activités en santé et sécurité, dont une campagne de sécurité, l'évaluation de la qualité de l'air et des risques des lieux;
- l'offre de collations saines;
- des levées de fonds visant à financer les activités de l'initiative.

- *Liens avec le conseil d'établissement*

Il s'agit dans tous les cas d'un comité distinct du conseil d'établissement avec des liens plus ou moins étroits. En général, le comité *École en santé* avise le conseil d'établissement de ses activités et, dans bien des cas, doit en obtenir l'autorisation au préalable. Règle générale, quelques membres du comité *École en santé* sont également membres du conseil d'établissement.

- *Perception du nom*

Deux comités seulement portent le nom *École en santé*. Un autre comité se désigne « comité de la cafétéria », car ses actions portent sur cet aspect, et un autre est en fait « l'organisation de participation des parents » (O.P.P.) et ne s'occupe pas uniquement de santé. On se demande si le terme ne serait pas rébarbatif aux jeunes du secondaire en particulier, pour qui la santé n'est pas nécessairement une préoccupation. Le nom « école active » a été suggéré.

- *Organisme porteur du dossier*

On estime que c'est au CLSC, en collaboration avec le secteur de l'éducation, de prendre en charge l'initiative *École en santé* en raison de sa préoccupation démontrée pour la santé.

- *Ressources nécessaires*

Les ressources nécessaires mentionnées sont les ressources humaines, sous forme d'engagement des membres du comité et idéalement du dégagement d'une personne qui se consacre à l'initiative, de même que des ressources financières de sources diverses, dont une subvention du CLSC, les profits de levées de fonds, l'apport financier de l'école et de la commission scolaire, ainsi que le budget de la réussite éducative du ministère de l'Éducation. L'aide de commanditaires et le soutien matériel de l'infirmier ont aussi été mentionnés.

- *Clé de la continuité*

Parmi les principaux facteurs clés de la continuité, mentionnons le leadership de l'infirmière, l'engagement des membres, la reconnaissance de la valeur du comité, la présence d'enjeux liés à la santé.

↳ *Conseils à une autre école*

De nombreux conseils ont été offerts à l'endroit d'écoles qui n'ont pas implanté l'initiative *École en santé* et qui désireraient le faire :

- cerner les besoins réels, possiblement à l'aide d'un sondage;
- s'adjoindre une personne qui aura du temps à consacrer au projet et qui en prendra le leadership;
- s'assurer de la motivation des membres;
- faire appel à la communauté;
- partir avec de petits projets et les mener à terme;
- garder un noyau de membres au sein du comité et ajouter de nouveaux membres chaque année;
- trouver des personnes qui prendront en main les projets une fois qu'ils sont implantés;
- faire preuve de persévérance;
- croire en ses actions;
- établir dès le départ un code de conduite entre les membres;
- faire participer toutes les parties concernées, y compris les élèves;
- forger des liens étroits avec le conseil d'établissement;
- documenter toutes ses démarches;
- aller de l'avant même si, au départ, le comité est composé d'un petit nombre de personnes;
- faire appel à des ressources ou programmes à l'externe;
- assurer une bonne coordination.

↳ *Idées pour promouvoir l'initiative*

Les discussions ont suscité plusieurs idées visant à promouvoir l'initiative *École en santé*. Ces idées s'articulent autour de façons de faire connaître l'initiative ainsi que ses avantages. Entre autres :

- faire connaître des exemples d'initiative *École en santé;*
- faire visionner une vidéocassette avec des témoignages pour comprendre le processus de mise sur pied d'un comité *École en santé;*
- utiliser des statistiques pour démontrer le lien entre les activités en matière de santé et la performance scolaire;
- faire appel à des vedettes pour qui les jeunes ont beaucoup d'estime qui feraient la promotion du projet.

Certains participants se sont même portés volontaires pour aller rencontrer des écoles qui désirent implanter l'initiative.

↳ *Questions et divers points soulevés*

La majorité des questions posées visent à connaître les autres écoles qui ont implanté le projet au Québec en vue d'un échange éventuel d'idées. Les participants se sont aussi montrés très intéressés à consulter le rapport final de cette étude et souhaiteraient en recevoir chacun un exemplaire. Enfin, une école en milieu rural a soulevé l'importance de faire la distinction entre les enjeux en milieux urbain et rural.

3.2.2 Écoles qui n'ont pas implanté l'initiative *École en santé*

Connaissance de l'initiative École en santé

Globalement, aucun groupe rencontré ne connaissait cette initiative. Néanmoins, trois participants de trois différents groupes en avaient entendu parler. En fait, une directrice d'école avait déjà participé à des comités santé dans les années 90.

Degré d'intérêt envers l'initiative

Le degré d'intérêt varie de faible à relativement élevé.

Raisons du degré d'intérêt

Si le faible degré d'intérêt de deux groupes de discussion est motivé entre autres par la crainte d'ajouter à la lourdeur et le sentiment de traiter déjà des questions de santé au conseil d'établissement, la possibilité d'échanger avec d'autres écoles aux prises avec des problèmes semblables est une forte motivation au sein de tous les groupes. Le rapprochement avec le CLSC local est par ailleurs une autre raison qui motiverait les écoles à adopter une telle initiative.

Avantages

Parmi les avantages anticipés recensés, voici les principaux :

- l'occasion de faire partie d'un réseau en vue de profiter de la synergie du réseau et de mener des actions concertées;
- la possibilité de faire valoir les enjeux propres à l'école auprès du CLSC local afin d'obtenir un soutien accru;
- la plus grande disponibilité des ressources du CLSC;
- la distinction d'être une école en santé;
- la connaissance de personnes-ressources en santé;
- la capacité d'officialiser l'étape de l'évaluation des résultats.

Facteurs clés de succès

L'arrimage avec les besoins précis de l'école, la collaboration avec d'autres écoles du secteur, les liens étroits avec le CLSC local et la communication entre l'école et les organismes qui gravitent autour de l'école sont autant d'éléments mentionnés par les participants.

Le succès de l'initiative tiendrait de la reconnaissance du comité, de la qualité du réseautage et de l'établissement de balises claires pour obtenir le titre d'école en santé. On estime également que le comité *École en santé* devrait être lié au projet éducatif de l'école.

Défis

Le manque de temps et d'argent sont les principaux défis soulevés par l'ensemble des groupes de discussion.

- *Résultats concrets*

En fait de projets en santé, deux écoles ont dit adhérer au programme *Vers le pacifique* et toutes les écoles ont affirmé poursuivre plusieurs démarches plus ou moins ponctuelles, lesquelles touchent principalement la prévention de l'intimidation et de la violence, la santé-sécurité, l'amélioration de la cour d'école, la nutrition, l'activité physique et la sexualité.

- *Perception du nom*

Le nom école en santé est soit perçu comme étant trop vague, trop restrictif à la santé physique, ou encore sans importance. Les noms *L'école en action*, *L'école du mieux-être*, *Bien-être à l'école* ont été suggérés.

- *Organisme porteur du dossier*

Tous ont convenu qu'il appartient au CLSC de prendre en charge l'implantation de l'initiative *École en santé*.

- *Conseils à une autre école*

Les membres du conseil d'établissement d'une école n'ayant pas officiellement de comité *École en santé*, mais qui se préoccupent particulièrement de santé offraient les conseils suivants à une école sur le point d'implanter une telle initiative :

- se servir de la lettre explicative de la démarche *École en santé* préparée par la Direction de santé publique de la Montérégie comme processus de base, comme point de départ;
- avoir une vision à moyen et à long terme;
- avoir des objectifs précis.

- *Ressources nécessaires*

Un budget et du soutien, sous forme d'une expertise de l'extérieur entre autres, sont les ressources nécessaires, aux yeux des participants.

- *Clé de la continuité*

Selon les discussions, les éléments suivants favoriseraient la continuité :

- établir un comité *École en santé* dont l'action porterait sur plusieurs écoles et qui regrouperait des membres de ces écoles;
- former un noyau composé notamment du personnel du CLSC qui siège au comité et qui s'assure qu'une suite est donnée aux dossiers;
- gérer la mobilité du personnel et des parents en mettant au fait les nouveaux membres du comité en début d'année;
- s'assurer d'une certaine stabilité au niveau des personnes-ressources du CLSC.

↳ *Idées pour promouvoir l'initiative*

Les idées de promotion suivantes ont été suggérées :

- montrer l'exemple d'une école en santé, le temps consacré à l'initiative et les résultats obtenus;
- faire en sorte que la DSP octroie au CLSC un budget précis à la démarche *École en santé* qui ne servirait qu'à cette initiative;
- présenter la démarche à la table *À toute Jeunesse;*
- ne pas présenter la démarche comme un autre comité à former, mais plutôt comme la prolongation du comité qui implante le projet éducatif pour vitaliser les projets qui en découlent;
- faire connaître les projets des autres écoles.

↳ *Questions et divers points soulevés*

Les participants étaient intéressés de savoir s'il y avait des écoles dans leur secteur qui avaient implanté l'initiative *École en santé*. Ils ont demandé par ailleurs de recevoir chacun un exemplaire du rapport de recherche.

3.3 *Principales conclusions et pistes d'orientation*

3.3.1 Accueil de l'initiative *École en santé*

L'initiative *École en santé* est généralement bien accueillie par les écoles. La direction d'école, le personnel enseignant et non-enseignant ainsi que les parents reconnaissent le rôle de l'école dans la promotion de la santé auprès des jeunes. Du reste, au sein des écoles qui n'ont pas encore implanté l'initiative, on sent le besoin de clarifier davantage la démarche ainsi que les ressources nécessaires qu'il faudrait lui consacrer.

Voici en somme les éléments d'information auxquels s'attendent d'entrée de jeu les conseils d'établissement lorsqu'on les aborde relativement à l'initiative *École en santé* :

- la nature et le fonctionnement exacts de la démarche;
- le soutien offert aux écoles engagées dans le processus, sous forme de ressources humaines, financières et matérielles;
- l'engagement et le temps que représente la participation de l'école à cette initiative;
- la définition du rôle de la Direction de santé publique et du CLSC local dans l'implantation de l'initiative.

3.3.2 Approche visant à promouvoir l'initiative *École en santé*

Il est à noter que toutes les écoles poursuivent des initiatives en matière de santé, qu'elles soient ponctuelles ou à plus long terme. Par conséquent, il serait important d'en tenir compte dans les actions visant à promouvoir l'initiative et d'éviter de présenter l'initiative *École en santé* comme une première incursion dans le domaine de la santé.

Compte tenu des points de vue avancés par les participants aux groupes de discussion, nous estimons que les messages clés suivants devraient se refléter dans les efforts visant à promouvoir l'initiative.

Messages clés dans la promotion de l'initiative

- l'*École en santé* touche tant la santé physique que la santé mentale et sociale;
- l'initiative *École en santé* crée un environnement favorable à l'adoption de saines habitudes de vie chez les jeunes qui ont toutes les chances de se poursuivre à l'âge adulte;
- l'initiative est une démarche qui facilite l'établissement des priorités en prévention et promotion de la santé, ce qui aide à savoir quels services et programmes retenir lorsque l'école est sollicitée;
- l'initiative multiplie les occasions de réseautage;
- l'initiative offre la possibilité de se regrouper avec des écoles du secteur pour unir les efforts, rentabiliser les investissements en ressources humaines, matérielles et financières, et profiter des synergies créées;
- étant prise en charge et implantée au niveau de l'école, l'initiative cible les besoins précis de l'école et laisse le soin aux membres du comité de trouver des solutions aux enjeux qu'ils auront cernés;
- l'initiative a toutes les chances de favoriser un rapprochement avec le CLSC local et d'assurer la disponibilité des ressources du CLSC pour les projets de l'école;
- l'implantation d'une initiative *École en santé* aurait, selon l'expérience de certaines écoles, un lien favorable avec le rendement scolaire des élèves;
- l'initiative *École en santé* devrait s'arrimer avec le projet éducatif pour assurer son efficacité et sa viabilité;
- le comité *École en santé* peut prendre diverses formes, selon les besoins et les désirs de l'école, soit un sous-comité du conseil d'établissement ou même le conseil d'établissement lui-même, soit un comité distinct;
- le suivi et l'évaluation feraient l'objet d'un cadre simple et souple.

Plusieurs facteurs seraient déterminants dans le succès d'une initiative *École en santé*.

Principaux facteurs de succès

- l'analyse des besoins propres à l'école comme première étape de la démarche;
- la composition « multidisciplinaire » du comité *École en santé*, faisant appel à un membre de la direction de l'école, au personnel enseignant et non-enseignant, à un membre du personnel du CLSC ainsi qu'à des élèves surtout dans le cas d'une école secondaire et des parents, particulièrement au niveau primaire;
- l'établissement d'objectifs précis;
- une vision à long terme;
- l'adoption de la « politique des petits pas », c'est-à-dire lancer un projet à la fois pour être en mesure de le mener à terme et de voir les résultats escomptés;
- le soutien de la direction de l'école;
- l'engagement des membres du comité;
- un budget, aussi petit soit-il, provenant de l'école, de la commission scolaire, du CLSC, de levées de fonds, etc.;
- la création de liens étroits avec la communauté.

Moyens de communication

Des rencontres entre la Direction de santé publique et les différents CLSC serviraient de catalyseurs. Les résultats des deux volets de l'étude de recherche pourront y être présentés. Des rencontres semblables avec des représentants des commissions scolaires et autres instances du milieu scolaire renforceraient le lien entre la santé et l'éducation. Une ressource

de la Direction de santé publique pourrait se montrer disponible à des rencontres individuelles en vue de répondre aux questions plus pointues.

Par la suite, une campagne de sensibilisation à l'initiative sous forme de rencontres face à face est à privilégier puisque celles-ci permettent aux personnes présentes de poser des questions et d'échanger avec les autres participants. Les conseils d'établissement sembleraient être le meilleur forum étant donné qu'ils ont le pouvoir de décider des activités de l'école et de mettre en œuvre le projet éducatif. La présence de membres d'un comité *École en santé* d'une autre école faciliterait le processus d'adhésion et pourrait conduire à des partenariats ou à des regroupements. L'établissement de modèles aiderait aussi à faire comprendre la mission et les activités possibles d'une telle initiative.

Par ailleurs, des communications écrites pourraient venir appuyer les rencontres face à face. En particulier, il nous paraît important de prévoir des mécanismes en vue d'assurer la continuité de l'initiative, par exemple la diffusion d'un bulletin informant toutes les *Écoles en santé* de la Montérégie des activités entreprises par les diverses écoles impliquées, une rencontre inter-écoles lors des Journées montérégiennes de santé publique, des contacts accrus avec des écoles en santé à Montréal et à Laval et autres activités de réseautage. Dans cette optique, quand l'initiative aura plus d'emprise en Montérégie, un site Web serait un moyen de communication à privilégier pour favoriser le partage d'information relativement à l'initiative *École en santé*. Le site pourrait prévoir des forums en ligne et un répertoire de personnes-ressources dans la communauté.

Les participants sont unanimes à dire que le CLSC devrait être l'organisme porteur du dossier en raison de sa préoccupation pour la santé et des liens existants avec le milieu scolaire. L'intervenant du CLSC le plus souvent évoqué est l'infirmière ou l'infirmier, qui a déjà des liens établis avec les écoles.

- *Formation des enseignants, du personnel non-enseignant et des membres des conseils d'établissement*

Selon les commentaires de plusieurs participants, une formation offerte aux enseignants, au personnel non-enseignant et aux membres des conseils d'établissement augmenterait les chances de viabilité de l'initiative. Cette formation pourrait porter sur différents enjeux liés à la santé, tels que la prévention de la violence et de l'intimidation, l'estime de soi, la nutrition, ou tout autre enjeu identifié comme une priorité par l'école. D'autre part, la formation pourrait porter sur les techniques d'animation, l'établissement de sondages et de plans d'action ainsi que sur la gestion de projet. Un intervenant de la Direction de santé publique pourrait agir à titre de personne-ressource en matière de formation.

3.3.3 Pistes d'orientation

- *Évaluations comparatives et alliances*

Au cours des discussions, le programme *Vers le pacifique*, chapeauté par la table de concertation *À toute Jeunesse*, a été cité à plusieurs occasions comme un exemple de succès. Peut-être y aurait-il lieu de fouiller le processus de ce programme et les raisons sous-tendant son succès. Parmi les raisons évoquées par les participants aux groupes de discussion, le soutien offert, sous forme de ressources financières et humaines, par *À toute Jeunesse* est certes le principal attrait. Une alliance possible avec *À toute Jeunesse* pourrait favoriser l'accueil de l'initiative *École en santé*.

- *Budget affecté à l'initiative*

Le budget mis à la disposition des écoles engagées dans le processus est une grande préoccupation chez les membres des conseils d'établissement rencontrés. Au cours des discussions, on a suggéré la possibilité d'affecter un montant précis à l'initiative qui proviendrait de la Régie régionale par l'entremise du CLSC local et qui ne pourrait pas être redistribué à d'autres projets. Cette idée proposée par les participants semblait rassurer les personnes présentes quant à l'engagement à l'initiative. En guise d'explication, on mentionnait que les écoles avaient envisagé dans certains cas, de concert avec l'infirmière/l'infirmier du CLSC, différentes activités en matière de santé, lesquelles ont été annulées en raison de la vaste campagne de vaccination.

- *Normes d'adhésion à l'initiative*

Par ailleurs, l'idée soulevée de faire de l'initiative *École en santé* un programme à l'instar des écoles vertes, ou écoles Brundtland, nous semble intéressante. Un processus de certification d'une école en santé permettrait de distinguer les écoles ayant respecté les critères d'adhésion établis au préalable. Cette distinction rejaillirait sur les écoles et aurait l'avantage potentiel de faciliter le recrutement d'enseignants et d'élèves.

- *Établissement d'un réseau d'écoles en santé*

En raison de l'intérêt des écoles rencontrées pour l'aspect réseau, un réseau d'écoles en santé pourrait être établi à l'instar du Réseau européen d'écoles-santé, lequel repose sur le partenariat. La connaissance approfondie du fonctionnement de ce réseau permettrait d'accélérer le processus d'implantation et de surmonter certains obstacles liés au démarrage. En fait, plusieurs sous-réseaux pourraient se former selon la situation géographique des écoles et selon qu'il s'agit d'un milieu urbain ou rural. Un comité global formé entre autres d'intervenants des CLSC et de membres de conseils d'établissements chapeauterait le réseau, s'inspirant de la pratique en vigueur en Europe. Les objectifs de ce comité pourraient être de favoriser les échanges entre les divers réseaux ainsi qu'entre les réseaux et la communauté, de leur apporter un soutien en fait d'orientations stratégiques, d'assurer la visibilité de l'*École en santé* et d'en faire la promotion auprès des instances gouvernementales.

Également, en vertu du concept de réseau, l'implantation d'un programme de mentorat ou de jumelage faciliterait l'adhésion à l'initiative *École en santé* et permettrait aux nouvelles écoles en santé d'éviter certaines des difficultés inhérentes à tout nouveau projet.

- *Mesures du succès*

L'élaboration de mesures du succès permet d'évaluer l'efficacité des activités de l'initiative *École en santé*. Il s'agit aussi d'une façon de soutenir les écoles impliquées et de leur conférer du pouvoir. Il nous paraît important de suggérer des mesures du succès avant de proposer l'initiative aux écoles. Une consultation auprès des écoles ayant déjà implanté l'initiative pourrait s'avérer utile dans ce sens. L'atteinte des objectifs établis au préalable, le taux de participation des élèves aux activités, l'assiduité des membres du comité, le niveau de sensibilisation des élèves à l'importance de la santé, la consommation d'aliments sains, le rapprochement avec la communauté, la perception de la forme physique des jeunes, l'augmentation du rendement scolaire en sont des exemples.

- *Activités de suivi*

Les rencontres ont suscité beaucoup d'intérêt, autant dans les écoles ayant implanté l'initiative *École en santé* que dans celles qui ne l'ont pas implantée. On sent un besoin de soutien dans les projets de santé. Les suites données à la présente étude déterminera vraisemblablement l'adhésion à l'initiative. Il y a un fort désir que les autorités scolaires soient mises au courant des résultats de cette étude en vue de consolider les liens entre l'éducation et la santé.

3.4 Faits saillants

- Toutes les écoles rencontrées, qu'elles aient implanté ou non une initiative *École en santé*, réalisent des projets en santé. Il serait ainsi important de ne pas présenter l'initiative comme une première incursion dans le domaine de la santé.

- On sent un besoin de clarification de l'initiative de la part des groupes rencontrés qui n'ont pas implanté *École en santé*.

- Le milieu s'attend à un certain soutien, sous forme de ressources humaines, financières ou matérielles, comme incitatif pour adhérer à l'initiative.

- L'arrimage de l'initiative avec le projet éducatif favoriserait son efficacité et sa viabilité.

- Les écoles ayant implanté l'initiative se disent satisfaites des résultats.

- La principale raison qui motiverait les écoles à adhérer à l'initiative est le désir d'être en réseau et de partager l'information et les expériences à cet égard.

- Les groupes rencontrés ont souligné qu'il incombe au CLSC de proposer l'initiative aux écoles.

4. RECOMMANDATIONS

En guise de conclusion, considérant les résultats de la recension des écrits et ceux de l'étude exploratoire auprès du milieu scolaire, nous proposons les recommandations suivantes qui seraient susceptibles d'aider à surmonter les obstacles freinant l'adoption d'une initiative de type *École en santé* en Montérégie.

1. Utiliser la terminologie que suggérera le réseau de l'éducation pour désigner une initiative *École en santé*. L'important est que le milieu scolaire s'approprie le concept d'école en santé, quel que soit le nom qu'on lui accorde.

2. Faire ressortir les avantages d'une école en santé en les mettant toujours en lien avec la réussite éducative.

3. Éviter de présenter l'initiative *École en santé* comme une première incursion dans le domaine de la santé étant donné que la grande majorité des écoles réalisent des projets reliés à la santé.

4. S'assurer de l'engagement de la direction de l'école et du conseil d'établissement en associant l'initiative au projet éducatif et en dégageant du temps pour le personnel.

5. Identifier clairement les actions concrètes qui peuvent être mises de l'avant dans une école en santé. Cette façon de faire aide à clarifier le concept d'école en santé.

6. Former un réseau d'écoles de type *École en santé*, identifier les critères pour y adhérer et inciter les écoles à s'y joindre. En proposant à une école d'adhérer à un réseau, cela permet de reconnaître les activités mises en place et favorise le partage d'information et d'expériences.

7. Mettre sur pied un comité montérégien qui chapeautera le réseau.

8. Utiliser des outils déjà développés pour établir le profil de santé et de bien-être des élèves et des employés. Un tel profil permet à une école de mieux percevoir les besoins et les changements apportés par les actions mises en place.

9. Encourager les initiatives associées à *École en santé* par un soutien en termes de ressources humaines et financières.

10. Soutenir au niveau régional les CLSC dans la mise en œuvre de l'initiative au niveau des écoles : offrir de la formation, développer des outils, soutenir de façon ponctuelle les intervenants des CLSC.

11. Conjointement avec le milieu scolaire, choisir des indicateurs d'implantation et de résultats d'une école en santé.

ANNEXE 1

Tableaux

TABLEAU A.1

CONDITIONS FAVORABLES ET EMBÛCHES
À L'ÉMERGENCE ET À LA MISE EN ŒUVRE
***ÉCOLES ET QUARTIERS EN SANTÉ DE SAINT-JÉRÔME* (PAQUIN, 2000)**

Étape	Conditions favorables	Embûches
Émergence des projets	• Engagement, dès le départ, de la direction et des enseignants • Liens de confiance préalables entre les partenaires • Leadership approprié de la direction et des responsables du projet • Objectifs clairs et rôles bien définis • Ouverture des intervenants et des enseignants à de nouvelles approches • Circulation de l'information	• Cloisonnement administratif entre les organismes partenaires • Cloisonnement professionnel entre les intervenants dans les écoles • Réactions défensives des intervenants, des enseignants et des parents
Mise en œuvre et développement	*Cohérence interne* • Partage d'intérêts, de valeurs, de buts, engagement de chacun • Appropriation de toute la démarche du projet par chacun et par l'équipe • Circulation de l'information sur le projet	*Cohérence interne* • Difficulté à favoriser la prise en charge du projet par l'école, les parents et les organismes du quartier • Danger de susciter des attentes et de créer des besoins qui ne peuvent être comblés
	Relations entre les partenaires • Liens étroits et suivis entre les partenaires • Relations de confiance entre les partenaires • Leadership participatif • Implication de représentants de parents via le conseil d'établissement	*Relations entre les partenaires* • Risque du maintien de l'enfermement des enseignants dans l'école • Cloisonnement traditionnel entre les milieux de vie
	Structure et fonctionnement • Respect des rôles respectifs • Disponibilité et flexibilité des ressources professionnelles • Souplesse des règles de fonctionnement • Coordination axée sur le suivi régulier des activités • Sensibilisation et implication des parents par des activités concrètes • Optimisation des ressources versus intérêt de chacun et constat de résultats positifs	*Structure et fonctionnement* • Risque d'activisme (dépannage continuel) en réponse à des événements quotidiens au détriment de la planification et du suivi • Tendance à maintenir les parents à l'écart des structures de l'école • Risque de banalisation des tensions et des conflits • Risque associé à la dépendance financière

TABLEAU A.2

FACTEURS FAVORABLES À L'IMPLANTATION DES INITIATIVES *ÉCOLE EN SANTÉ* (ARCAND, 1998)

Types de facteur	Facteurs
Facteurs liés à la structure organisationnelle	*CLSC* • Soutien et appui du coordonnateur famile-enfance-jeunesse • Coordination entre les intervenants du CLSC impliqués en milieu scolaire *Écoles* • Ouverture et intérêt du milieu scolaire • Compréhension commune de l'approche • Implication de représentants des parents, des élèves, de la direction, des enseignants et du personnel non-enseignant • Engagement formel en faveur de la santé de la part de toutes les personnes impliquées dans le projet et notamment, de la direction d'école • Arrimage avec le projet éducatif *Régie régionale* • Allocation d'un budget • Personne-ressource responsable du dossier
Facteurs liés au fonctionnement de l'équipe-projet	• Comité ou équipe santé formé de représentants de toutes les instances concernées • Prise de décisions en concertation • Vision commune de ce que représente une école en santé • Recours aux ressources existantes • Recours aux bénévoles
Facteurs liés aux caractéristiques des intervenants	• Motivation des responsables de projets • Habiletés d'animation • Habiletés de communication • Croyance en l'efficacité d'une approche globale

TABLEAU A.3

CONDITIONS DE RÉUSSITE À L'IMPLANTATION D'UN PROJET *ÉCOLES ET MILIEUX EN SANTÉ* (DESCHÊNES *ET AL.*, 2001)

Types de condition	Conditions
Conditions liées à l'approche globale en promotion de la santé	• Le partage de buts et d'objectifs communs • L'importance que ces objectifs s'appuient sur les besoins du milieu (analyse du milieu) • L'importance de clarifier la vision sous-jacente au projet (approche et objectifs) et de s'assurer que tous adhèrent à cette vision • L'importance de prévoir une implantation graduelle du projet et de prioriser • La détermination d'objectifs à court, moyen et long terme • L'importance d'élargir le partenariat à la communauté
Conditions liées aux caractéristiques des partenaires	• Le respect et la confiance mutuelle entre les partenaires • La croyance ferme des partenaires envers le projet (approche et objectifs) et dans la capacité à réaliser les objectifs • La persévérance et la patience dans les difficultés • L'engagement et la loyauté envers le groupe et le projet • L'ouverture d'esprit • Le ralliement de tous les partenaires à un but commun
Conditions liées au fonctionnement organisationnel	• Un mode de fonctionnement facilitant les interactions, la négociation et la communication entre les membres (ex. : mécanismes et règles de fonctionnement clairs et partagés par tous)
Conditions liées au contexte externe	• Le soutien organisationnel et politique des directions des organismes impliqués • Le soutien de la DSP dans l'implantation des composantes de l'action intersectorielle • Le soutien financier de la DSP pour le développement et la consolidation des projets

ANNEXE 2

Guides de discussion
pour les *focus groups*

QUESTIONNAIRE À L'INTENTION DES PARTICIPANTS AUX GROUPES DE DISCUSSION - VERSION ÉCOLE EN SANTÉ

Contexte et raisons d'implantation

- Depuis **combien de temps** votre école participe-t-elle au projet *École en santé*?
- Qu'est-ce qui vous **amené à implanter** ce projet?

Avantages et défis du projet

- Qu'est-ce que vous **aimez** du projet *École en santé*? Pourquoi?
- Qu'est-ce que vous **n'aimez pas** ou aimez moins? Pourquoi?
- Qu'est-ce qui a **bien marché**? Pourquoi?
- Qu'est-ce qui a **moins bien marché**? Pourquoi? Quelles solutions avez-vous trouvées?
- Est-ce que ce projet **correspondait déjà à votre façon de faire**? Est-ce que ça cadrait bien avec votre mission, votre projet éducatif? Fait-il partie de votre **projet éducatif** ou du votre plan de réussite? Quelle est l'implication du **conseil d'établissement** dans le projet?
- Quels **résultats concrets** en ont découlé?
- Avez-vous eu des **surprises** en cours de route?

Nom et organisme porteur du dossier

- Est-ce que le **nom** « école en santé » est accrocheur pour vous? En avez-vous d'autres à suggérer qui intéresserait les gens?
- D'après vous, quel **organisme** est le mieux placé pour promouvoir ce projet auprès des conseils d'établissement des différentes écoles? Le ministère de l'Éducation, les CLSC, etc.? **Comment** devrait-il s'y prendre?

Ressources, continuité et conseils

- De quelles **ressources** avez-vous eu besoin pour implanter et poursuivre ce projet? (humaines, financières, matérielles)
- Comment avez-vous assuré la **continuité** de votre projet d'une année à l'autre?
- Quels **conseils** donneriez-vous à une école qui s'intéresse à ce projet?

QUESTIONNAIRE FOR FOCUS GROUP PARTICIPANTS – HEALTH PROMOTING SCHOOL VERSION

Context and reasons for implementation

- **For how long** has your school been participating in this project?
- **What motivated you** to implement it?

Advantages and challenges

- What do you **like** about the project and **why**?
- What **don't you like** or like less and **why**?
- What has **worked well**?
- What **hasn't worked so well**? What **solutions** have you found?
- Did the project already **correspond to your school's way of doing things**? Is it in line with your **mission**, your education project? Is it part of your **education project** ou your **success plan**? What is the involvement of your **governing board**?
- What are the **tangible results** of the project in your school?
- Have you had any **surprises**?

Name and organization spearheading the project

- Do you find the name **health promoting school** appealing? Do you have other suggestions to make that would appeal to people?
- What **organization** is best positioned to promote this project to the governing boards of different schools? The department of Education, CLSCs, etc.?
- **How** should it procede?

Resources, continuity and advice

- What **resources** did you need to **implement** and **pursue** this project? (human, financial, material)
- How did you ensure the project's **continuity** in your school from one year to the next?
- What **advice** would you give to a school that is interested in implementing such a project?

QUESTIONNAIRE À L'INTENTION DES PARTICIPANTS AUX GROUPES DE DISCUSSION – VERSION ÉCOLE EN SANTÉ NON IMPLANTÉE

Notoriété du projet

- **Connaissez-vous** l'initiative *École en santé*?
- Comment en avez-vous **entendu parler**?

Perception de l'initiative

- Trouvez-vous cette **approche intéressante**? Qu'est-ce qui **capte** votre intérêt?
- Est-ce que cette initiative **correspond à votre façon de faire** les choses? Est-ce que cette initiative pourrait faire partie de votre **projet éducatif** ou votre plan de réussite?
- Qu'est-ce qui vous **motiverait à adopter** l'initiative *École en santé*?
- Quels **obstacles** envisageriez-vous dans son adoption et implantation?
- Selon ce que vous savez de l'initiative, de quelles **ressources** auriez-vous besoin? (humaines, financières, matérielles)

Nom et organisme porteur du dossier

- Est-ce que le **nom** « école en santé » est accrocheur pour vous? En avez-vous d'autres à suggérer qui intéresserait les gens?
- D'après vous, quel **organisme** est le mieux placé pour promouvoir ce projet, le ministère de l'Éducation, les CLSC, etc.? Qui aimeriez-vous qui vous présente l'initiative : le directeur d'école, l'infirmier/l'infirmière…?
- **Comment** devrait-il s'y prendre?

Continuité et suivi

- Comment pourriez-vous **assurer la continuité** de l'initiative d'une année à l'autre?
- Seriez-vous intéressés à avoir **plus d'information** sur l'initiative *École en santé*? Quels **types** d'information?

RÉFÉRENCES

ALLENSWORTH, D. D. et L. J. KOLBE (1987). « The comprehensive school health program : exploring an expanded concept ». *Journal of School Health*, 57 (10), 409-412.

ARCAND, L. (1998). *Bilan des initiatives de type «École en santé» réalisées par les CLSC au cours de l'année scolaire 1996-1997.* Laval, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval.

ASSOCIATION CANADIENNE POUR L'ÉDUCATION À LA SANTÉ (1993). *Branchons-nous sur la santé! L'approche globale de la santé en milieu scolaire. Un guide de présentation et d'animation.* Santé et Bien-être social Canada. No de cat. H39-275/1993F.

BURGHER, M. S., V. B. RASMUSSEN et D. RIVETT (1999). *The European Network of Health Promoting Schools: the alliance of education and health.* Copenhague, Danemark, International Planning Committee, European Network of Health Promoting Schools.

DESCHÊNES, M., A. JOMPHE-HILL et G. D'AMOURS (2001). *Évaluation du processus d'action intersectorielle au cours de la phase de mise en œuvre du projet «Écoles et milieux en santé» dans l'Outaouais.* Hull, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.

FREIRE, P. (1977). *Pédagogie des opprimés.* Paris, Petite collection Maspero.

HAMILTON, K. et L. SAUNDERS (1997). *The health promoting school : a summary of the ENHPS evaluation project in England.* Londres, National Foundation for Educational Research.

INTERNATIONAL UNION FOR HEALTH PROMOTION AND EDUCATION (1999). *Best practices : a selection of papers on quality and effectiveness in health promotion.* 4th European IUHPE Conference on Effectiveness and Quality of Health Promotion, Helsinki, Finland and Tallinn, Estonia.

INTERNATIONAL UNION FOR HEALTH PROMOTION AND EDUCATION (2000). *The evidence of health promotion effectiveness. Shaping public health in a new Europe, Part one. A report for the European Commission.*

KANN, L., J. L. COLLINS, B. COLLINS PATERMAN, M. LEAVY SMALL, J. G. ROSS et L. J. KOLBE (1995). « The school health policies and programs study: rationale for a nationwide status report. *Journal of School Health* », 65 (8), 291-294.

L'ÉCUYER, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu : méthode GPS et concept de soi.* Sillery, Presses de l'Université du Québec.

LAFONTAINE, G., S. AUGER, A. BRUNET et C. LÉONARD (1998). *À toute Jeunesse : Un partenariat au profit des jeunes de la Montérégie, Programme de promotion-prévention auprès des jeunes de 5-17 ans et de leur famille.* Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

LE BOSSÉ, Y. et F. DUFORT (2001). « Le pouvoir d'agir (*empowerment*) des personnes et des communautés : une autre façon d'intervenir », dans Dufort, F. et J. Guay (dir.), *Agir au cœur des communautés : La psychologie communautaire et le changement social.* Québec, Presses de l'Université Laval, p. 75-115.

LISTER-SHARP, D., S. CHAPMAN, S. STEWART-BROWN et A. SOWDEN (1999). « Health promoting schools and health promotion in schools : two systematic reviews ». *Health Technology Assessment,* 3 (22).

LYNAGH, M., J. KNIGHT, M. J. SCHOFIELD et L. PARAS (1999). « Lessons learned from the Hunter region health promoting schools project in New South Wales, Australia ». *Journal of School Health,* 69 (6), 227-232.

LYNAGH, M., J. PERKINS et M. SCHOFIELD (2002). « An evidence-based approach to health promoting schools ». *Journal of School Health,* 72 (7), 300-302.

LYNAGH, M., M. J. SCHOFIELD et R. W. SANSON-FISHER (1997). « School health promotion programs over the past decade: a review of the smoking, alcohol and solar protection literature ». *Health Promotion International,* 12 (1), 43-60.

MARMOT, M. et R. G. WILKINSON (1999). *Social determinants of health.* Oxford University Press.

MARSHALL, B. J., M. M. SHEEHAN, J. R. NORTHFIELD, S. MAHER, R. CARLISLE et L. ST. LEGER (2000). « School-based health promotion across Australia ». *Journal of School Health,* 70 (6), 251-252.

MCQUEEN, D. V. et L. M. ANDERSON (2000). « Données probantes et évaluation des programmes en promotion de la santé ». *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé,* 7 (1), 79-98.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION (2001). *Indices socio-économiques des écoles et des bâtiments 2000-2001.* Québec, Direction de la recherche et de l'évaluation.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION (2002). *Les services éducatifs complémentaires : essentiels à la réussite.* Québec, Gouvernement du Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002.* Québec, Gouvernement du Québec.

MOON, A. M., M. A. MULLEE, L. ROGERS, R. L. THOMPSON, V. SPELLER et P. RODERICK (1999). « Helping schools to become health-promoting environments : an evaluation of the Wessex Healthy Schools Award ». *Health Promotion International,* 14 (2), 111-122.

NADER, P. R. (2000). « Health promoting schools: why not in the United States? ». *Journal of School Health*, 70 (6), 247.

NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL (1996). *Effective school health promotion : towards health promoting schools*. Canberra, Australie, Australian Government Publishing Service.

NUTBEAM, D. (1998). « Evaluating health promotion : progress, problems and solutions ». *Health Promotion International*, 13 (1), 27-44.

NUTBEAM, D. (1999). « The challenge to provide 'evidence' in health promotion ». *Health Promotion International*, 14 (2), 99-101.

PAILLÉ, P. (1996). « Recherche qualitative », dans A. Michielli (Éd.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris, Armand Collin.

PAQUIN, R. (2000). *Écoles et quartiers en santé de St-Jérôme*. Saint-Jérôme, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides.

PINEAULT, R. et C. DAVELUY (1995). *La planification de la santé : concepts, méthodes et stratégies*. Montréal, Éditions Nouvelles.

POLAND, B. D., L. W. GREEN et I. ROOTMAN (2000). *Settings for health promotion: linking theory and practice*. Thousands Oaks, CA, Sage.

RÉSEAU EUROPÉEN D'ÉCOLES-SANTÉ (1999). *Le Réseau européen d'écoles-santé*. Organisation mondiale de la santé. http://www.euro.who.int/ENHPS

RISSEL, C. et L. ROWLING (2000). « Intersectoral collaboration for the development of a national framework for health promoting schools in Australia ». *Journal of School Health*, 70 (6), 248-250.

ROOTMAN, I., M. GOODSTADT, L. POTVIN et J. SPRINGETT (1999). « A framework for health promotion evaluation » dans Rootman, I., M. Goodstadt, B. Hyndman, D. V. McQueen, L. Potvin, J. Springett, et E. Ziglio (Éds.), *Evaluation in health promotion : principles and perspectives*. WHO Regional Publications, European Series, No 92. Copenhague, Danemark, WHO.

ST. LEGER, L. (1998). « Australian teachers' understandings of the health promoting school concept and the implications for the development of school health ». *Health Promotion International*, 13 (3), 223-235.

ST. LEGER, L. et D. NUTBEAM (2000a). « A model for mapping linkages between health and education agencies to improve school health ». *Journal of School Health*, 70 (2), 45-50.

ST. LEGER, L. et D. NUTBEAM (2000b). « Research into health promoting schools ». *Journal of School Health*, 70 (6), 257-259.

STEWART, D. E., E. PARKER et A. GILLESPIE (2000). « An audit of health promoting schools policy documentation ». *Journal of School Health*, 70 (6), 253-254.

STEWART-BROWN, S. (2001). « Evaluating health promotion in schools : reflections », dans Rootman, I., M. Goodstadt, B. Hyndman, D. V. McQueen, L. Potvin, J. Springett, et E. Ziglio (Éds.), *Evaluation in health promotion : principles and perspectives*. WHO Regional Publications, European Series, No 92. Copenhague, Danemark, WHO.

TAUB, A. (2001). *Reviewing the evidence on the effectiveness of health education : methodological considerations*. Second International Symposium on the Effectiveness of Health Promotion, Toronto, Canada.

VITARO, F. et R. CARBONNEAU (2000). « La prévention de la consommation abusive ou précoce de substances psychotropes chez les jeunes », dans Vitaro, F. et C. Gagnon (dir.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents, Tome II, Les problèmes externalisés*. Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1996a). *Promoting Health Through Schools*. Genève, WHO.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1996b). *Research to improve implementation and effectiveness of school health programmes*. Genève, WHO.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1998). *Local action: creating health-promoting schools*. WHO information series on school health, Genève, WHO.

La Direction de santé publique de la Montérégie a entrepris une recherche exploratoire auprès de huit écoles primaires et secondaires de son territoire afin d'identifier les facteurs susceptibles d'influencer l'adoption et l'implantation de l'initiative *École en santé* proposée par l'Organisation mondiale de la santé.

En plus des résultats de cette étude, ce rapport comprend une recension des écrits qui documente *École en santé* et ses composantes, analyse les liens entre cette initiative et la santé et le bien-être des jeunes et précise les ressources nécessaires à son implantation.

Les résultats de la recension des écrits et les constats des groupes de discussion sauront guider la mise en œuvre de l'intervention globale et concertée en milieu scolaire. Ce document représente donc un outil de référence important à cet égard.

Bonne lecture!